Nr. 38. 16. września 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. med. Wacław ZALESKI. Wilno.

Dalsze spostrzeżenia nad wszczepianiem zapłodnionego jaja u króliczek.

Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U. S. B. w Wilnie.
Dyrektor: Prof. Dr. med. Wł. Jakowicki.

W latach 1930 i 1931 rozpocząłem doświadczenia nad wszczepianiem zapłodnionego jaja u króliczek i wreszcie po licznych niepowodzeniach dopiero w 46 przypadku udało mi się uzyskać wynik dodatni, otrzymując 3 płody w wieku 14 dni.

Technika tego zabiegu oraz odnośne fotografje zostały podane w Pol. Gaz. Lek. (nr. 49 z r. 1931).

Zapowiadając o dalszych doświadczeniach prowadzonych w tym kierunku, mających na celu doprowadzenie wszczepionego jaja do końcowego okresu ciąży i do urodzenia płodu, wypowiedziałem przypuszczenie, że poważnych przeszkód ku temu oczekiwać niema podstaw. Jednakże w toku dalszych doświadczeń, jakie wykonałem w r. 1932—1934 w ogólnej liczbie 54, okazało się, że trudności te są większe, niż można było przypuszczać. Polegały one na tem, że po manipulacjach, związanych ze wszczepianiem zapłodnionego jaja do rogu macicy, powstawały tak rozległe zrosty i złepy otrzewnej dookoła rogu, że w szeregu przypadków uniemożliwiały one dalszy rozwój jaja, powodując jego obumarcie.

Niepowodzenia tłumaczyłem z początku błędami technicznemi podczas wszczepiania. Stwierdzenie jednak w 4 przypadkach rozszerzenia rogów macicy oraz wybitnego a tak charakterystycznego w ciąży przerostu zarówno mięśniówki jak i śluzówki oraz obecność w tychże odcinkach macicy zniekształconych mas, odpowiadających obumarłemu jaju, świadczyło o tem, że zagnieżdżone jaje uległo w dalszym swoim rozwoju pewnym zaburzeniom i obumarciu.

Obecność rozległych zrostów i złepów otrzewnej w najbliższem otoczeniu nasuwały przypuszczenie o tem, że właśnie one wytworzyły mechaniczną przeszkodę uniemożliwiającą w pewnym momencie dalszy rozwój jaja.

By możliwie ograniczyć powstawanie tych zmian otrzewnej, wlewałem do jamy brzusznej podczas wszczepiania jaja wyjałowione płyny oleiste: *Ol. Olivarum, 10% Ol. Camphoratum, Ol. Sesami, Paraffinum liquid.*, jednak bez powodzenia.

Dopiero wprowadzenie do jamy brzusznej płynnego wyjałowionego tłuszczu uzyskanego od innych króliczek po lekkiem uprzedniem jego podegrzaniu pozwoliło wybitnie ograniczyć powstawanie zrostów otrzewnej.

Zabieg ten nie pozostał bez skutku, gdyż w 2 przypadkach udało się uzyskać prawidłowy rozwój wszczepionego jaja, a to w 10 i 21 dniu ciąży.

Doświadczenia te przedstawiają się następująco:

I. Dnia 20. XII. 1933 r. cięciem w okolicy lędźwiowej po stronie prawej otwarto jamę brzuszną i podwiązano prawą trąbkę. 5. II. 1934 r. zwierzę pokryto samcem, mającym podwiązane przewody nasienne *(coitus sterilisatus)*. 11. II. 1934 r. laparotomja w znieczuleniu eterowem. Nadcięto obwodowy koniec prawego rogu macicy i wprowadzono do niego zapomocą szklanej łyżeczki, zwilżonej w ciepłym (38°) roztworze Ringer-Loke'a, zapłodnione jaje, pobrane od normalnej samki, pokrytej przed 6 dniami zdrowym samcem. Podczas tych manipulacyj róg macicy, do którego wszczepiono jaje, obłożono kompresami z gazy, obficie zwilżonemi płynnym, podgrzanym do 39—40° tłuszczem króliczym.

Po zaszyciu nadciętego rogu, do jamy brzusznej również wlano tegoż płynnego tłuszczu, starając się w ten sposób ograniczyć do minimum wysychanie lub uszkodzenie nabłonka otrzewnej i zapobiec powstawaniu zrostów w najbliższem otoczeniu rogu.

22. II. 1934 r. zwierzę źle się czuje, wobec tego zostało ono zabite i stwierdzono, że w prawym rogu o 5—6 cm poniżej blizny, powstałej po jego nacięciu podczas wszczepiania, istnieje charakterystyczny okrągły twór, odpowiadający zagnieżdżonemu w tym odcinku macicy jaju w wieku 10 dni.

Badanie drobnowidowe wykazuje, że po stronie grzbietowej przecięto poprzecznie rdzeń przedłużony (r. p.). Widoczny jest zawiązek jamy gardłowej (j. g.). Przełyk (p.) oraz następne odcinki przewodu pokarmowego przecięto podłużnie. Po stronie przeciwnej przecięto poprzecznie rdzeń kręgowy (r. k.), strunę grzbietową, aortę oraz zawiązek pranercza (p. r.), jamę ciała (j. c.) i kończynę tylną (k. t.).



Ryc. 1.
Strzałkowy przekrój 10-dniowego zarodka (powiększenie 50-cio krotne), uzyskanego po wszczepieniu zapłodnionego jaja.

II. Dnia 22. XI. 1932 r. cięciem w okolicy lędźwiowej po stronie lewej otwarto jamę brzuszną i podwiązano lewą trąbkę. 28. II. 1933 r. *Coitus sterilisatus.*

Dnia 5. III. 1933 r. laparotomja w znieczuleniu eterowem. Podłużnie przecięto obwodowy koniec lewego rogu macicy w odległości około 1—1,5 cm od miejsca podwiązania lewej trąbki i wprowadzono szklaną łyżeczką dwa zapłodnione jaja, pobrane od normalnej samki w 5 dni po pokryciu przez normalnego samca. Jaja zostały wprowadzone na głębokość 4—5 cm w kierunku dośrodkowym od miejsca rozcięcia rogu. Podczas wszczepiania jaja posługiwano się podegrzanym roztworem Ringer-Loke'a oraz płynnym tłuszczem króliczym w sposób opisany w poprzedniem doświadczeniu.

21. III. 1933 r. zwierzę zabito i stwierdzono w lewym rogu macicy płód, odpowiadający 3 tygodn. ciąży (21 dzień). Śladów po drugiem jaju nie stwierdzono.

Na fotografji (powiększenie 3-krotne) widoczny poprzeczny przekrój bocznej części zarodka w kierunku strzałkowym. W części głowowej przecięto ucho wewnętrzne, ślimak (u.). Niżej przecięto klatkę piersiową i płuca (p.), przeponę, wątrobę (w.), żołądek (ż.) i nerkę (n.) oraz rdzeń w części tułowiowej. W przekrój trafiła również przednia kończyna.

Oceniając rezultaty tych prawie 5-letnich wysiłków uzyskania rozwoju zapłodnionego jaja w 100 doświadczeniach, należy zaznaczyć, że jak dotąd są one dość nikle, gdyż wynik dodatni

uzyskano zaledwie w 3 przypadkach (10, 14 i 21 dni ciąży), oraz w 4 przypadkach wynik był wątpliwy, gdyż wszczepione jaje podczas dalszego rozwoju uległo obumarciu.

Analiza przyczyn tak licznych niepowodzeń nasuwa przypuszczenie przedewszystkiem o trudnościach oraz wadliwościach samej techniki wszczepiania jaja. Pozatem liczne zrosty otrzewnej w szeregu przypadków prawdopodobnie uniemożliwiały prawidłowy rozwój ciężarnej macicy i zawierającego się w niej jaja.



Ryc. 2.
Strzałkowy przekrój 21-dniowego zarodka, uzyskanego po wszczepieniu zapłodnionego jaja.

Również należy wziąć pod uwagę ujemny wpływ nieodpowiednich warunków hodowli: zbyt mały dostęp światła, brak swobody ruchów, zbyt długie okresy izolacji od samca, a zwłaszcza nieracjonalne odżywianie i możliwość powstawania naruszenia równowagi pokarmowej (awitaminozy) — z jej zgubnym wpływem na działalność rozrodczą i t. d.

Składam na tem miejscu wyrazy gorącej wdzięczności Panu Profesorowi Dr. St. Hillerowi, Kierownikowi Zakładu Histologji U. S. B. oraz Panu Koledze Sypniewskiemu za pomoc udzieloną w przygotowaniu i tłumaczeniu preparatów drobnowidowych.

WYKŁADY I ODCZYTY.

Doc. Dr. Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

Wśród tajemnic przyrody.

Żyjemy w epoce rozpoczynającego się ewolucyjnego zwrotu w medycynie. Co pewien czas pojawia się praca, pod wpływem której rozjaśnia się jakoś inaczej horyzont naszych myśli ale wszystko to przytłacza jeszcze ogrom piśmiennictwa dzisiejszego typu. Wszystko jest jeszcze „po staremu" a tylko od czasu do czasu wykwita myśl całkiem nowa, jakby zapowiedź przyszłej epoki w rozwoju medycyny[1]).

Epoka ta ma dokonać wiele. Rozświetlić tajemnicę funkcyj psychicznych i tajemnicę życia, poznać naturę enzymów, funkcje wszystkich hormonów i zbadać wiele zagadek terapeutycznych. Gdy tego wszystkiego epoka ta dokona, zadanie jej będzie spełnione.

A mimo to wiele jeszcze pozostanie do zrobienia dla badaczy późniejszych. Bardzo szczęśliwi są zaiste ci ludzie, którzy dziś sądzą, że już opanowali całą medycynę. Przechodzę do tematu.

I.

Bardzo już dawno słyszałem następujące opowiadanie:

Jeden młody obywatel ziemski wyjechał za interesami do miasta dość odległego od wsi. A pozostawił tam młodą żonę i jej matkę. Żona chora była na serce, o czem mąż nie wiedział. Młody człowiek mieszkał w hotelu. W nocy miał straszny sen. Widział w nim okropnie zmienioną i przestraszoną twarz swej żony i usłyszał rozdzierający krzyk przerażenia. Gdy się zbudził, była godzina 2 w nocy i panowała zupełna cisza. Księżyc świecił jasno, żaden odgłos znikąd nie dochodził. Młody człowiek nie spał do rana. Rano spytał, czy nie było w nocy jakich krzyków, odpowiedziano, że był zupełny spokój. O godzinie 11 przedpołudniem nadszedł telegram, donoszący o śmierci żony o godzinie 2 w nocy. Opowieść tę, robiącą specjalne wrażenie, tłumaczono podówczas dziwnym zbiegiem okoliczności i przechodzono nad nią do porządku dziennego.

W tymże czasie słyszałem również ciekawą rzecz. Jeden z mieszkających na wsi znajomych, człowiek niezwykle muzykalny, śnił, że orkiestra gra jakiś utwór symfoniczny. W czasie tego obudził się, ale koncert słyszał dalej, podszedł do okna, otworzył je, szukając, skąd głos dochodzi i wtedy dopiero momentalnie ucichło wszystko. W parę dni potem dowiedział się, że w mieście kilkanaście kilometrów odległem odbywał się koncert i to o tej godzinie, w której go słyszał. Grano ten sam utwór symfoniczny. Tego zdarzenia nie starano się nawet tłumaczyć.

Teraz w epoce zadziwiających wynalazków, w okresie odkrywania najrozmaitszych promieniowań, w epoce radja i telewizji, opowiadania te nie wydają się takiemi, jak były dawniej. Ludzie dużo śmielej opowiadają różne swe przeżycia, wiedząc, że teraz nie tak łatwo będą wyśmiani, jak w czasie tak zwanego materjalizmu. Zbiera się z tego duży i ciekawy materjał obserwacyjny. Co do mnie, to zebrałem już bogaty zespół przypadków. Uczyniłem to już dawno, ale uważam, że obecnie jest dopiero stosowna pora na podzielenie się temi wiadomościami z niektórymi Czytelnikami. Pomijam wszystkie opowiadania banalne i dające się łatwo wytłumaczyć. Zaczynam opis.

Młody przyrodnik, myślący bardzo realnie i trzeźwo, aż można powiedzieć za trzeźwo, szedł rano do instytutu naukowego, w którym pracował. Był dzień zimny i ponury, na ulicach był ruch bardzo słaby. Idąc, pogrążył się w swych myślach. Myślał o tem, co będzie robił w instytucie w dniu dzisiejszym. Nagle zobaczył w myśli twarz swego dobrego znajomego, którego dawno nie widział. Zrazu mało wyraźną, stawała się z każdą chwilą wydatniejszą i nawet uporczywą. Opanowała całe myślenie. Młody człowiek począł się niepokoić, oglądać w różne strony, ale ulicą prawie nikt nie przechodził. Nagle, gdy wizja była bardzo intensywna, z przecznicy wyszedł znajomy. Po 10 latach przyjechał na krótko, by zobaczyć swoich dawnych znajomych i przyjaciół. Drugi podobny przypadek zdarzył się lekarzowi, a więc również człowiekowi myślącemu bardzo realnie.

Było to popołudniu. Wracając od chorego do domu myślał o dalszym programie swych zajęć w dniu dzisiejszym. Do domu było daleko, więc postanowił jechać tramwajem. Stał czas pewien na przystanku. Nagle zobaczył w myśli przerażoną twarz jednej osoby. Wizja była nader wyraźną. Wszystkie myśli usunęła ze świadomości i zapanowała w zupełności. Trwało to około dwie minuty. Po tym czasie znikła wizja, zapadła w podświadomość a na powierzchnię wypłynęły dawne myśli. Lekarz czekał jakiś czas na tramwaj ale widząc, że nie nadchodzi, puścił się w drogę piechotą. Wtem spotkał jakiegoś człowieka, który doniósł, że tramwaj dlatego nie przychodzi, bo jest przerwa w komunikacji spowodu pożaru. A pożar był w domu osoby, która była przedmiotem wizji.

Podobnych obserwacyj nazbierałem około 20. Dotyczyło to zawsze osób dobrze znających się i sympatyzujących ze sobą. Wszystkie były w tej samej miejscowości w chwili, gdy zjawisko miało miejsce. Było to więc przeniesienie obrazów psychicznych na niewielki dystans.

Miałem jednak dwa przypadki, w których dystans wynosił kilkanaście kilometrów. Jeden dotyczył młodego osobnika, który miał wizję twarzy umierającego brata, w chwili śmierci tegoż, w odległości około 15 km, a drugi młodej dziewczyny, która

---

[1]) Prace naukowe lekarskie, niosące myśl nową, nieraz mające dużo podobieństwa do prac innych, również cennych ale nie nowych, poznać można odrazu. Myśl nową podaje nowator często w objaśnieniach i przypiskach, by nie razić oczu konserwatystów naukowych. Stosunkowo rzadziej przystępuje wprost do rzeczy.

widziała wizję umierającej matki prawie w odległości 18 km. Tak młody człowiek jak i wspomniana dziewczyna o poprzedniej chorobie zmarłych wcale nie wiedzieli i pożegnali ich całkiem zdrowych.

Przejdę do innych zjawisk.

Jeden młody człowiek pracował intensywnie nad pracą doktorską. Lubił szczególnie pracować w porze nocnej. Jednego dnia około 3 rano usłyszał jęki. Mieszkał w pokoju kawalerskim. Kiedy przekonał się, że jęki te słyszalne są tylko przez niego, przeraził się, zwłaszcza że poznał głos ojca, który mieszkał na wsi, kilkanaście kilometrów od miasta, w którem przebywał. Około godziny 4 jęki były bardzo słabe a o kwadrans na 5 ustały zupełnie. Nastała cisza. Jakby cisza śmierci. I była nią w rzeczywistości. O kwadrans na 5-tą rano zmarł ojciec wśród ataku stenokardji. A był to atak pierwszy i ostatni zarazem.

Albo inne zdarzenie. Na parterze mieszkał dobry pianista, na 1 piętrze pilny jego słuchacz. Jednego wieczoru zachwyt jego dochodził do punktu szczytowego. Tak zagranej przez pianistę sonaty księżycowej Beethovena jeszcze nie słyszał. Na drugi dzień gratulował mu. Na to usłyszał odpowiedź, że nie było go w domu, bo był na koncercie, na którym jeden z pianistów wykonał przepięknie sonatę księżycową. Nikt zresztą z domowników tego wieczoru gry fortepianowej nie słyszał. Miało się wrażenie, że pianista przesłał z koncertu słyszany utwór swemu wielbicielowi, a ten przeniósł go nazewnątrz i sądził, że jest grany na parterze.

Stosunkowo dość często słyszy się zdanie „myślałem o Panu dopiero co przed chwila, a Pan już jest". Prawdopodobnie są to krótkodystansowe przenoszenia obrazów psychicznych. To, że człowiek A zaczyna myśleć o człowieku B, jest skutkiem wysyłania przezeń obrazów psychicznych.

Ciekawem również jest zjawisko, że ludzie bardzo ze sobą sympatyzujący, u których spotykamy poprzednie zjawiska, okazują czasem na niewielkiej przestrzeni wyczucie miejsca, gdzie ta sympatyczna osoba się znajduje. W obrębie miasta skierowują się zaraz we właściwym kierunku, mijają szereg przecznic i ostatecznie trafiają. Przypomina się tu mimowoli zmysł kierunku spotykany zwłaszcza u ptaków, a że ten ma stwierdzony związek z falami elektrycznemi, więc i tamto zjawisko tutaj należeć musi.

W nr. 10 z dnia 4 marca 1934 r. Polskiej Gazety Lekarskiej pojawiła się niezwykle ciekawa praca Prof. Dr. N. Kraińskiego z Białogrodu w Jugosławji p. t. Mózg jako radjo-aparat i czynność wegetatywnego układu nerwowego. Praca ta należy już w zupełności do przyszłej epoki. Śmiało wypowiadane zdania porywają Czytelnika i pokazują mu przedmiot w nowej szacie.

Autor stwierdza, że prąd nerwowy jest elektrostatyczny. Drogą nerwową zwykłą przenoszą się bodźce dośrodkowe czuciowo-zmysłowe i wegetatywne oraz odśrodkowe, ruchowe, biegnące w drogach piramidowych. Reszta przenosi się drogą radjową. Komórki Purkiniego w móżdżku są elektrostatycznemi pędzelkowatemi antenami z indukcyjnemi, łączącemi aparatami.

Takiemi jak móżdżek radjostacjami nadawczemi są centra wegetatywne, jądra podkorowe i kora mózgowa, będąca jako całość generatorem energji. Ta ostatnia zdolna jest do emisji nazewnątrz organizmu. Wytwarza ona otaczające każdego pole elektryczne lub coś w jego rodzaju.

W świetle danych Prof. Kraińskiego przedstawiają się poprzednio opisane przeze mnie zjawiska bardzo prosto. Engramaty optyczne i słuchowe przenoszą się drogą promienną na pewną odległość, zwłaszcza gdy ich emisja ma miejsce na podobnej fali, co bywa zdaje się u osób psychicznie sobie bliskich. Czasem następuje radjo-emisja engramatów pewnych osób wraz z otaczającą je okolicą przez nich widzianą, przez co odbierający obraz widzi, gdzie te osoby się znajdują. Przenoszenie engramatów słuchowych drogą promienną jest rzadsze od optycznych, ale bywa niekiedy nawet bardzo precyzyjne [2]).

Odbiór engramatów odbywa się częściej na jawie.

Tak przedstawia mi się istota zjawisk napozór bardzo tajemniczych.

Przejdźmy teraz do zjawisk, dla których obecnie niema łatwego wytłumaczenia, a które nie są złudzeniem. Radjoemisja udział w wielu z nich bierze. Źródło jej jest jednak nieznane.

---

[2]) W jakiej postaci odbywa się radjoemisja, nie wiemy, czy w postaci fal elektrycznych bardzo długich, czy bardzo krótkich; prawdopodobnem jest to ostatnie; dziś znane są fale niesłychanie krótkie, o jakich dawniej nie miano pojęcia (fale Nicholsa i Teara).

II.

Około człowieka jest pole elektryczne. Wszystkie procesy psychiczne niewywołujące zmian w ustroju jak np. intensywne myślenie, które nie wywołuje nawet wzrostu fosforanów moczu, lub ich spadku, muszą wyładowywać się nazewnątrz i tworzyć rodzaj elektrycznego pola. Jeżeli w to pole wejdzie druga osoba, może je odczuć, ale nie musi. Tłumaczyć to można rozmaicie, ale nie chcę wchodzić na ten temat. Co uznamy za podłoże obopólnej sympatji, co antypatji, a co stanu obojętnego, można przypuścić, ale nie twierdzić. Dość, że ono istnieje.

Znane są objawy anafilaksji psychicznej (S. Władyczko), znane miłości od pierwszego wejrzenia, jakoteż stany zupełnej obojętności, opisywany jest momentalny wpływ wielkich umysłów na pewnych ludzi, a wreszcie masowe działanie mężczyzn i kobiet, mających tak zwany zew płciowy na płeć przeciwną. Na czem polega to ostatnie zjawisko? Weźmy najpierw mężczyzn. Są to zwykle przystojni ludzie, ale nie najbardziej, są jednak nawet niekiedy prawie, że nieładni, ale mają coś w sobie, co działa masowo na kobiety [3]). Często mają ładne oczy, wyrazistą mimikę i ładny głos, ale nie zawsze, często są to nieuchwytne czynniki, które w grę wchodzą. Kobieta w ich towarzystwie jest podnieconą erotycznie, roztargnioną, nie jest sobą. Nie muszą ci ludzie być płciowo zbyt czynni, niejeden ich przewyższa, bywają nawet wstrzemięźliwi lub prawie wstrzemięźliwi. Niewątpliwie kobieta w pobliżu ich jest w jakiemś szczególnem polu, najprawdopodobniej elektrycznem, ta sama osoba, która całkiem inaczej odczuwa czynnik, od którego zależy sympatja, która może całkiem nie odczuwać wpływu wielkich umysłów, jest pod potężnem działaniem mężczyzny, mającego zew płciowy. A jeżeli taki mężczyzna jest w dodatku osobą głośną, uwielbienie dlań płci żeńskiej jest bez granic. Śmierć jego przedwczesną opłakują liczne niewiasty, a nawet niektóre gotowe sa przerwać pasmo swego życia.

Dla człowieka, którego tylko widziały i nawet z nim nie mówiły. Fotografje sławnych mężczyzn, mających zew płciowy, znajdują się, jako najdroższa pamiątka w biurkach wielu niewiast. Pod ich wpływem są, jak oczarowane, przeżywają cudne sny miłosne, piszą poezje, deklamują, śpiewają, grają! I to pod wpływem dziwnego uroku, jaki spływa na nie w postaci tychże ludzi. A mężczyzna inny, choć jest przystojny i płciowo sprawny, nie może marzyć o osiągnięciu nawet tysięcznej części tego szczęścia u kobiet, jakie ma tamten.

To samo zjawisko spotykamy u niektórych kobiet. Nie są najpiękniejsze, choć niebrzydkie i wcale nie należą do nadużywających rozkoszy płciowych, a nawet są wstrzemięźliwe. Twarz ich ma jakby stałe mimiczne erotyczne nastawienie. Oczy, jakgdyby przymrużone, błyszczące, źrenice szerokie. Nozdrza czasem delikatnie rozszerzone. Koło kącików ust błąka się delikatny uśmieszek. Głowa często pochyla się nieznacznie ku tyłowi, a klatka piersiowa ku przodowi. Sutki zwykle nieduże, a nigdy zbyt silnie rozwinięte. Zazwyczaj wolne, zwykle nieskrępowane. Przedział pomiędzy niemi zazwyczaj zaznacza się. W ubiorze zazwyczaj bywa nadto czemkolwiek uwydatniany. Podczas chodu biust lekko się wstrząsa, co na niektórych mężczyzn działa erotyzująco. Brzuch nieduży. Pośladki średnio rozwinięte. Przedział międzypośladkowy delikatnie zaznaczony w ubiorze, przez co ruchy pośladków przy chodzeniu działają szczególnie erotyzująco. Miejsce, w którem są części płciowe, dyskretnie czemś zaznaczone w ubiorze (guziczek, klamerka). Kończyny bardzo zgrabne. Osoby, które opisałem, mają często duże oczy, ładne usta, a często i piękny, a w każdym razie miły głos. Te wszystkie cechy wsparte są zachowaniem się tych osób, niby nieśmiałem, pieszczotliwem, a w najwyższy sposób erotyzującem.

Pod najrozmaitszemi pozorami bardzo zgrabnie obmyślanemi ma mężczyzna sposobność w szczególny sposób przekonać się o wielu właściwościach tych osób. Jeżeli do tego doda się efektowny, choć skromny strój, dyskretnie użyte pachnidła, a niekiedy odpowiednio dobraną silnie erotyzującą muzykę, można sobie przedstawić efekt ogólny. A jednak to wszystko nie tłumaczy potężnego wpływu, jaki te osoby wywierają na mężczyzn. Dużo kobiet posiada wszystkie opisane cechy, a nie działa ani w części tak silnie. Tu znowu jest jakaś nieznana siła [4]), która bierze w posiadanie najodporniejszych wobec kobiet mężczyzn,

---

[3]) Nad tym czynnikiem u kobiet zastanawiałem się w jednej z prac poprzednich.

[4]) Pole elektryczne otaczające człowieka jest bardzo złożone. Jedną z jego właściwości są zjawiska, towarzyszące istnieniu zewu płciowego. Zjawisko istnienia muz i „muzonów" styka się z problemem zewu płciowego w wielu miejscach.

czerwieniących się, jak żaki, gdy się zetknie z kobietą mającą w sobie zew płciowy. Mimo wszystko stoimy wobec mało jeszcze wyświetlonego zjawiska. Przejdźmy z tego upojnego tematu w całkiem inny świat, smutny i bardzo tajemniczy.

Niewątpliwie jest on o wiele bardziej zagadkowy, aniżeli zjawiska dotychczas poruszone. Zdarzenie bardzo smutne, ale bardzo częste. Rodzina zgromadzona u łoża osoby umierającej. W oczach jej niekiedy lęk przed tem, co ma nastąpić. Jeszcze czasem spojrzenie na drogich wywołuje ślad uśmiechu, to łzy rozczulenia — potem to zanika, twarz obojętnieje. Organizm broni się jeszcze, walczy rozpaczliwie, wreszcie ulega. Następuje największa tajemnica natury — śmierć. Człowiek, który niedawno miał swój światopogląd, swoje sympatje, osoby, które kochał nad życie, który posiadał zasób wiedzy i doświadczenie, nagle pozbywa się ich na zawsze. Mózg jeszcze krótko po śmierci jest zdolny do funkcji, gdyby dostał nagle normalną ilość krwi, krążącej, bogatej w tlen — po pewnym jednak czasie ginie bezpowrotnie. Niema w nim już engramatów, są tylko martwe, leniwe chemicznie cerebrozydy. Brzmi to tak dziwnie, że umysł ludzki buntuje się przeciw temu i pozwala sobie nie wierzyć tej nauce, która głosi tu koniec bytu. I pojawiają się poglądy coraz ciekawsze i coraz większe, mające oparcie o nowy świat nauki. Ci ludzie, na których ten świat się opiera, to tacy potentaci ducha, jak F. G. Schaefer, E. Bleuler, Oliver Logde, James Jeans i Artur Meyer. Schaefer przyjmuje żywą substancję, jako wyższą od materjalnej formy, działającą celowo, jako wyraz woli świata. Bleuler uważa ludzkiego ducha za wyraz pracy mózgu, ale różny od zwykłej energji. Oliver Lodge znakomity fizyk angielski, twierdzi, że jaźń ludzka nie może zginąć ze śmiercią somatyczną. Wspomnienia osób, które były nam drogie, muszą jeszcze istnieć. Energja psychiczna człowieka jest w chwili jego śmierci tak jeszcze znaczną, że powoli tylko może się wyładować i przemienić w inne postacie. James Jeans uważa substancję żywą za najwyższy wytwór przyrody. Artur Meyer przyjmuje osobny rodzaj różny od zwykłej materji, tworzący substancję żywą. Jest on wspólnie z materją zwykłą składnikiem tkanek. Danysz uważa energję psychiczną za najbardziej skomplikowany jej rodzaj. Teorja panspermji twierdzi, że zarodki życia przyszły z promieniami światła z przestrzeni wszechświata i że są złożone tylko z materji żywej. To cośmy do dziś poznali tak dokładnie i precyzyjnie, chemja i fizyka, najpiękniejsze z nauk, stanowią zaledwie część wiedzy. Reszta to materjał całkiem nieznany. Cóż się dzieje z żywą substancją w chwili zgonu człowieka? Wedle jednych białko w niej zawarte polimeryzuje się (M. Nencki), inni twierdzą, iż jonizacja chemiczna znika, bo niema przystępu promieni kosmicznych (J. Marzecki). Inni wreszcie przyjmują, że właściwa substancja żywa materjalizuje się (Meyer). Co do tego, co się dzieje z istotą żywą, będącą podścieliskiem najważniejszych funkcyj psychicznych, nie wypowiadają się uczeni jasno, mówią tylko, że zaburzenia w eterze kosmicznym wywołane intensywną pracą myślową nie mogą ginąć, możliwe, że jest coś, co je utrwala i że ta substancja utrwalająca nie zmienia się czas bardzo długi, mimo iż reszta witalnych składników zmaterjalizowała się. Ta substancja działa niekiedy na żywych w ten sposób, że mogą oni podlegać jej szczególnemu działaniu. Może to być łącznikiem człowieka ze zjawiskami, mającemi szczególną przyrodę. W czasach skrajnego materjalizmu śmiano się z tych zagadnień, obecnie zwraca się na nie uwagę, gdyż odkrycia ostatnich czasów są takie nieoczekiwane, że może przyjdzie czas, iż o tych substancjach czegoś bliżej się dowiemy. Opiszę tu dwa zdarzenia bardzo ciekawe.

Jeden starszy człowiek, niewierzący w zjawy, przyrodnik, wyszedł wieczorem na przechadzkę. Był zdrów i trzeźwy. Kiedy szedł aleją już ciemnawą, zobaczył jakiegoś eleganckiego pana, który go minął. Zaraz przypomniał sobie, że go zna i skierował się spowrotem. Aleja była pusta, człowiek ten obecnie nie mieszkał w tem mieście i trochę dziwne było to spotkanie. I rzeczywiście było takiem, bo człowiek ten przed dwoma tygodniami zmarł.

Albo takie zdarzenie: do jednego człowieka zadzwonił wieczór [5]) telefon, mówił przyjaciel, pytał się o zdrowie i opowiadał o tem, że jest teraz na wsi. Rozmowa nagle się urwała. Wszystko brzmiało dziwnie. Na wsi telefonu nie było, a nagłe przerwanie rozmowy także było niesamowite. Na drugi dzień przyszła wiadomość o śmierci przyjaciela. Umarł mniejwięcej w godzinę przedtem, gdy odbywała się rozmowa telefoniczna.

Jak tłumaczyć te zjawiska? Niewątpliwie wyładowanie energji mózgu tkwiącej jeszcze w tem czemś, co utrwala zaburzenia w eterze kosmicznym wywołane za życia przez funkcje psychiczne u obecnie zmarłej istoty. Radjoemisja, ale czego i skąd, gdy niema engramatów, a mózg już nie żyje.

A może i engramatom coś odpowiada w tem tajemniczem środowisku. W każdym razie mechanizm tych zjawisk jest bardzo zagadkowy. Jest zastanawiające, że te pośmiertne zjawiska przygasają nagle po kilku miesiącach a wreszcie po wielu latach cichną. Tak jakby tajemnicza substancja straciła energję, lub też rozprószyła się w przestrzeni [6]). Kiedy mowa na ten temat, nie można oprzeć się temu, by nie porównać zgrubsza tych zjawisk z piorunem kulistym [7]). Brutalna jego siła w porównaniu z przesubtelnem i złożonem zjawiskiem, o którem mowa, wydaje się rażącą, ale przecież jest coś, co warunkuje ich podobieństwo. Piorun kulisty jest lekką fosforyzującą kulą, złożoną ze związku tlenu z ozonem. Ten związek wytworzył się przez działanie olbrzymiej energji elektrycznej. Zamiast iskry długiej na kilometry całe, do której potrzeba miljony woltów i około 30.000 amperów, pojawia się lekki, za lada podmuchem powietrza poruszający się twór, który ma w sobie całą morderczą energję piorunu. Nagłe uderzenie powoduje rozkład związku i straszną czynność piorunu kulistego. Jeżeli kuli tej nic uderzyć, wyładowuje się stopniowo i nie jest niebezpieczną. Czyż wyładowanie pośmiertnej energji psychicznej i ta tajemnicza substacja utrwalająca nie przypomina tego zjawiska; sądzę, że bardzo.

Wróćmy jeszcze do rzeczy znanych i szukajmy coś więcej namacalnego, a może zdołamy bodaj w najprostszy sposób wyjaśnić sprawę. Chemja fizykalna, zjednoczenie chemji i fizyki, jedna z nauk o wyjątkowej piękności, wnika we wszystkie biologiczne tajniki. Ona to wypowiedziała swe zdanie o pamięci, że polega ona na tem, iż koloidy w swych przemianach nie są absolutnie odwracalne. Reakcja powrotu koloidu do pierwotnego stanu nie jest nigdy zupełna. Koloid zapamiętał trochę reakcji, której podlegał. To zjawisko stwierdzone w nieżywym koloidzie jest według Macha podstawą pamięci, jednej z najważniejszych psychicznych funkcyj. W tem drobnem zjawisku zarysowuje się łączność wszystkiego w przyrodzie. Niesłychanie więcej złożone są procesy w ustroju, ale we wszystkich mają jony mineralne i koloidy największe znaczenie. Badania głównie Loeba i H. Schadego rozjaśniają zadziwiające mnóstwo rzeczy. Jak w duchu tym możnaby się zapatrywać na objawy pośmiertne? Substancja organiczna z koloidami włącznie podlega bakteryjnemu rozkładowi, zrazu redukcyjnemu, a potem oksydacyjnemu. Substancje mineralne zostają oswobodzone. Wszystko to zostaje zużyte przez nowe życie, resztki pozostają tylko w postaci kości. Co bywa powodem pojawiających się czasem tajemniczych zdarzeń? Niema tkanek i koloidów, które według chemików fizycznych mają pamięć. Substancje mineralne nie są w postaci dla ludzkiego życia, co ma tyle siły, aby to zjawisko miało miejsce. Co bywa stacją nadawczą, której sygnały człowiek przyjmuje? Fizykochemja dzisiejsza, ta przecudna nauka godna zachwytu, nie może dać niestety na to odpowiedzi. Zwróćmy się do najnowszych zapatrywań. Twierdzi Prof. Kraińskij, że koło człowieka żywego jest pole elektryczne, bo intensywne myślenie niewywołujące żadnych cielesnych reakcyj, musi wedle praw elektrostatyki emitować energję nazewnątrz ustroju. De Broglie uważa kwant energji za rzecz materjalną. Taka materja będzie czemś niesłychanie delikatnem, będzie substancją prawdziwie „eteryczną". Kto wie, czy ładunki energji psychicznej człowieka w jakiejś podobnie subtelnej materji zawarte, nie mogą się długo po śmierci utrzymywać w zawieszeniu. Długo nieraz trzeba czekać, zanim wszystkie ładunki wypromieniują. Wyłado-

[5]) Pora nocna jest szczególnie korzystna dla zjawisk polegających na radjoemisji. Prawdopodobnie główną przeszkodą są zjawiska wywoływane przez słońce. Zjawiska pośmiertne są specjalnie na to czułe. Światło księżyca sprzyja im, prawdopodobnie przez uczulenie aparatu odbiorczego przez pewne krótkofaliste promienie. Mimo, iż księżyc posyła światło odbite od słońca, jest ono „trupie" i „nastrojowe" i równocześnie jest całkiem odmienne w działaniu. Światło to jest odbite niebieskozielonawe, słabe i wolne od potężnych bezpośrednich fal elektrycznych.

[6]) Rozpraszanie się powolne „substancji utrwalającej" w przestrzeni pozwalałoby może przypuszczać, iż jest ona gazem bardzo ciężkim a przeźroczystym i obojętnym w rodzaju np. ksenonu i jego izotopów. Wiadomo jednak, że jest całkiem inaczej, brak nam bowiem wszelkich dowodów na to, żeby to był ciężki gaz lub coś w tym rodzaju.

[7]) Porównywać można ze sobą w przyrodzie zjawiska miljony razy przewyższające się intensywnością. We wszechświecie są zjawiska dające się porównywać, mimo że intensywność jednego przewyższa drugie biljony razy. Weźmy obrót małej planety jakiegoś drobnego słońca dookoła osi, a takiż obrót galaktyki.

wanie może być stopniowe, lub nagłe, zaburzające równowagę w eterze kosmicznym, tak, jak wytwór myśli żywej [8]).

Tak to szuka umysł, czy jakieś zjawisko nie naprowadzi na myśl mogącą choć zgrubsza wyjaśnić tajemnicę zjawisk pośmiertnych. Najnowsza fizyka zdaje się być najbliżej tych zjawisk. Ale czy w istocie? Czy je wogóle wyjaśni, bo psychologja krótko streszcza tę substancję, która tu w grę wchodzi, iż jest to „istota pojedyncza różna od ciała, o której dalszych przymiotach i wewnętrznym charakterze drogą doświadczalną nic stwierdzić się nie da" — a wiemy, czego to jest definicja.

* * *

Tak przedstawiają się w ogólnem ujęciu zjawiska, na których zupełne rozjaśnienie będziemy jeszcze długo czekali, ale których kontury naukowe już się teraz poczęści zarysowują. Tak jak fatamorgana okazuje podróżnemu cel jego podróży długi czas przed jego osiągnięciem, tak kultura wyprzedza cywilizację o całe wieki i czyni to z problemami wiedzy. W filozofji tysiące lat temu osiągnięto zawrotne wyżyny, w naukach przyrodniczych dzieje się to dużo wolniej, bo technika badawcza nie może nadążyć myśli, ale z tych wyników, któremi rozporządza, snuje myśl dalej swą przędzę i dochodzi nieraz do słusznych wyników. Najbliżej jesteśmy zjawisk opisanych w rozdziale pierwszym, radjoemisja u ludzi żyjących mimo swej tajemniczości już dzisiaj daje się przewidzieć. Trudniejsze już są zjawiska w polu elektrycznem u ludzi żywych omówione na początku rozdziału drugiego, ale przecież jest nadzieja, że rozświetlone zostaną. Prawdziwą zagadką są zjawiska pośmiertne. Mimo chęci ich poznania napotyka się na niepokonane trudności. Przed badaczem przewidującym i głęboko myślącym otwiera się droga dociekań bardzo daleka, nadzwyczaj ciekawa i nowa. Wiele trudności będzie do pokonania, ale gdy się to stanie, wynik będzie wspaniały. O tem, czy tajemnica zjawisk pośmiertnych kiedyś będzie całkiem rozjaśniona, nie śmiem dyskutować, ale choć będziemy znali dobrze tylko omawiane zjawiska u osób żywych, będzie to już wielkim triumfem nauki. A czasu do badań naukowych ma medycyna jeszcze dość. James Jeans oblicza czas trwania życia na ziemi jeszcze na tak długo, że czasy Hippokratesa są nam niezmiernie bliskie. Pięć minut w życiu stuletniego starca jest takim samym znikomym okresem jak w dziejach nauk lekarskich ten, który nas dzieli od Hippokratesa.

I to jest dopiero ta pierwsza chwila w życiu medycyny, która żyć będzie do późnej starości. Jesteśmy, jak widać, jeszcze u samego początku, jak na ten czas zdziałaliśmy bardzo dużo, ale nie wolno nam upajać się triumfem, bo straszliwa jeszcze przed nami droga.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Rzadki przypadek ostrego zatrucia salicylowego u dziecka [1]).

Ze Szpitala Karola i Marji dla Dzieci.
Dyrektor: Prof. Władysław Szenajch.

Kazimierz P., lat 11. Nr. prot. 33776, dziecko miejskie, przybywa do szpitala dnia 4. I. 1934 spowodu od 2 tygodni trwającej choroby. Wywiady notują o przebytej w 3 roku życia odrze i o dobrem zdrowiu żyjących rodziców. Chłopiec, odpowiednio duży, wykazuje obniżoną wagę i upośledzone odżywienie. Przy ciepłocie 38,4°, oddechu 28, przy niecieżkim stanie ogólnym, przy dodatnim odczynie skórnym Pirqueta, stwierdza się wysiękowe, surowiczo-włókniste zapalenie lewostronne opłucnej ze zniesieniem lewej granicy serca, z nieznacznem przesunięciem prawej granicy serca na prawo i ze stłumieniem przestrzeni półksiężycowej Traubego. Nakłucie opłucnej wydobywa płyn surowiczo-włóknikowy, zapalny, limfocytowy, jałowy. We krwi 50% Hb (Sahli), 4,260.000 cz. ciałek i 10.000 leukocytów, w tem 65% wielojądrzastych, 25% limfocytów, 7% jednojądrzastych i 3% kwasochłonnych.

Przebieg choroby: Przez następnych 12 dni przebieg choroby bezgorączkowy, wykazuje stałą poprawę miejscową i ogólną, z dobrym apetytem. W 5 dniu pobytu zjawia się zniesiony dotąd szmer pęcherzykowy, a stłumienie lewostronne ustępuje. Dziecko, leczone okładami klatki piersiowej, otrzymuje salicylan sodu w roztworze wodnym w ilości 3 g dziennie oraz kofeinę. Po 10 dniach tej kuracji, dnia 15. I. dziecko okazuje brak apetytu, a nazajutrz 16. I. wystąpił nagle przy prawidłowej ciepłocie zespół charakterystycznych objawów mózgowych, podniecenie szałowe, próby ucieczki, bredzenie, krzyk naprzemian ze stanem śpiączkowym, z ogłuszeniem i z utratą przytomności. Źrenice nierówne, oddziaływują leniwo na światło i zbieżność, tętno zwolnione 50 na 1', źle napięte (70 Riva-Rocci). Kilkakrotne wymioty i ruchy wymiotne. Dziecko układa się na bok w pozycji *en chien de fusil.* Siadać nie może, na próby podniesienia go, opada bezwładnie jak pijane na posłanie. Mocz oddaje bezwiednie pod siebie. Chwilami chwyta się za brzuch i głośno skarży się na bóle brzucha.

Mięśnie w hipotonji, odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa wzmożone; odruchy brzuszne zniesione. Oddech raz płytki, raz głęboki, nierówny, chwilami zupełnie zahamowany *(apnoe)*, chwilami wyraźnie przyspieszony. Skóra sucha, język obłożony, brak zapachu acetonowego z ust.

Wykonane w tym dniu nakłucie lędźwiowe wydobyło pod ciśnieniem 15 cm Claude w pozycji leżącej 30 cm^3 płynu jasnego, przeźroczystego. Próba Queckensteda dodatnia. Płyn mózgowy normalny pod względem cytologicznym, fizycznym i chemicznym, z 0,2‰ białka (Sicard Catalombe), 0,5‰ cukru, 0,30‰ mocznika. Krew badana Van Slykiem wykazuje zasób zasad 50, surowica krwi zawiera 0,25‰ mocznika. Mocz kwaśny (pH moczu 5.4), nie zawiera składników patologicznych, w szczególności acetonu. Próba z chlorkiem żelazowym *(ferrum sesquichloratum)* wybitnie dodatnia.

Rozpoznano zatrucie kwasem salicylowym, odstawiono natychmiast salicyl, zastosowano podawanie dwuwęglanu sodu i diuretyny z kofeiną. Tego samego dnia wieczorem dziecko odzyskało przytomność, a nazajutrz, jakkolwiek zmęczone i senne, było wolne od opisanych dolegliwości. Źrenice były równe, tętno 60, oddech równy, 20. Próba z chlorkiem żelaza utrzymywała się dodatnia przez następnych 11 dni.

Dziecko odchodzi zdrowe 30. I. do domu.

W przypadku naszym uderzające było raptowne zjawienie się alarmujących objawów mózgowo-sercowych u dziecka, znajdującego się skądinąd na drodze do wyleczenia z banalnego gośćcowego zapalenia opłucnej, i równie nagłe ustąpienie groźnego zespołu po odstawieniu salicylu.

Pod względem różniczkowo-rozpoznawczym wykluczyć należało szereg zespołów chorobowych z patologji poszczególnych narządów, jak i z patologji równowagi humoralnej, czy koloidalnej. Nie chodziło więc w naszym przypadku o żadną pneumopatię, więc ani o szczytowe zapalenie płuc, ani o obrzęk płuc anafilaktyczny, ani o zaostrzenie zapalnego procesu opłucnego; nie mogło również chodzić o zapalenie osierdzia lub otrzewnej, ani miedniczek nerkowych z towarzyszącemi objawami mózgowemi; nie była to ostra niestrawność, ani zatrucie czerwiami, nie było śpiączki cukrzyczej, ani acetonemji lub azotemji, ani szału wątrobowego *(folie hépatique)*, ani żadnej ze znanych encefalopatyj, czy schorzeń opon mózgowych, ani wreszcie nie było ostrego incydentu psychopatji. Na wykluczenie zasługiwał ostry obrzęk mózgu, albo obrzęk anafilaktyczny mózgu, zakrzep zatoki żylnej, lub wreszcie przypadek gośćcowego zapalenia mózgu.

Protokół choroby daje odpowiedź ujemną na wszystkie wspomniane koncepcje różniczkowo-rozpoznawcze. Przyczyną groźnego incydentu chorobowego było niewątpliwie zatrucie salicylanem sodu, który chłopiec 11 l. przez 10 dni w ilości 3 g dziennie zażywał. W chwili kiedy niezwykły zespół chorobowy gwałtownością swych objawów natchnął mnie myślą o zatruciu salicylowem i w chwili, kiedy zdecydowałem się natychmiast usunąć ten środek — spostrzegłem, że z powodów od nas niezależnych salicylan sodu, który pacjent nasz od 10 dni pobierał, nie

---

[8]) Uczeni niektórzy skłaniają się do tego, iż mózg dostępny badaniom jest tylko w tym celu, by przez sferę psychosensoryczną i zmysłową doprowadzić, a przez psychomotoryczną odprowadzić wynik psychicznej funkcji, o ile nie jest ona tak prosta, że może być uważana za „odruch korowy". Sfery asocjacyjne są zdaniem tych uczonych także bramą wejścia z mózgu do sfery, w której dopiero odbywa się psychika najwyższa. Większość ludzi ma w mózgu tylko „odruchy korowe" i asocjacje zwykłe. Niektóre jednostki mające „nad ja" pracują głównie tylko w sferze niedostępnej badaniu, obecnej w korze mózgowej, a będącej „innem skupieniem praistoty świata" mogącem przejść w materję i energję. Uwolniona z więzów ustroju może po somatycznej śmierci tych ludzi istnieć długo, a o ile przejdzie chwilowo i częściowo w energję, może być przyczyną najrozmaitszych zjawisk. Jeśli zmaterjalizuje i zenergetyzuje się, jest źródłem zjawisk, mogących różnie działać i różne wywoływać efekty optyczne, słuchowe i inne. Kiedy dojdziemy do poznania tych zjawisk, niewiadomo, ale, że one są, to jest już stwierdzone.

[1]) Przypadek demonstrowany i omawiany na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. 8. V. 1934.

był zobojętniany podwójną ilością sody. Ta okoliczność była prawdopodobną przyczyną łatwego zatrucia ustroju.

Konflikty lecznicze po salicylu bywają lekkie, w postaci zaburzeń żołądkowych, nudności, krwotoków nosowych, krwiomoczu, plamicy — lub ciężkie w formie delirjów z tendencją do morderstwa lub samobójstwa (Barth), w postaci śpiączki, przypominającej stany zatrucia w cukrzycy, lub wreszcie w formie przypadłości sercowych z niepokojem, omdleniem, z przyspieszeniem i hipotonją tętna. Martinet, zaszczytnie znany autor znakomitego dzieła o leczeniu klinicznem *(Thérapeutique clinique Masson 1926)* wyznaje szczerze, że osobiście nie miał sposobności obserwować nigdy ciężkiego konfliktu leczniczego po salicylu. Mimo całego zaufania, z jakiem odnosi się do notowanych na ten temat nielicznych obserwacyj w piśmiennictwie, i mimo całego szacunku dla ich autorów, Martinet nie może powstrzymać się od przestrogi, aby w zagadnieniach leczniczych, gdzie tyle różnych czynników może równocześnie odgrywać ważną rolę, nie interpretować zbyt prymitywnie każdego *post hoc*. Wszak w przebiegu każdej krzywej gośćcowej może łatwo zdarzyć się ostre rozszerzenie serca z asystolją niezależnie od jakiegokolwiek środka leczniczego.

Caussade i Charpy wspominają, że część przypadłości chorobowych w związku z zatruciem salicylowem należy odnieść do zanieczyszczeń produktu, więc do składników toksycznych fenolowych izomerycznych z kwasem salicylowym.

Barth, omawiając przeciwwskazania dla leczenia salicylowego, wymienia trzy zasadnicze:

1) drażliwość ośrodków nerwowych u neuropatów i alkoholików,

2) organiczne uszkodzenia serca, usposabiające do niedomogi i do zapadu (zapalenie wrzodziejące tętnicy głównej, zapalenie wsierdzia brodawkowate, zwyrodnienie mięśnia sercowego),

3) absolutna lub względna nieprzepuszczalność nerkowa.

W świetle dzisiejszej nauki — abstrahując od punktu pierwszego, jako zbyt ogólnikowego — zmuszeni bylibyśmy poddać dalekiej rewizji także punkt drugi.

Piccioli opisuje w *La Pediatria*, jak 8-letniemu chłopcu podawano spowodu ostrego gośćca stawowego *Natr. salic.* przez 12 dni 8 g dziennie. Wśród silnego szumu w uszach i wzrastającej senności rozwinął się stan, przypominający *meningitis:* sztywność karku. Kernig, leniwe oddziaływanie źrenic, drżenie. Oprócz tego wystąpiły halucynacje słuchowe i wzrokowe. Przebieg bezgorączkowy i ujemny wynik badania płynu mózgowego przemawiały przeciw zapaleniu opon mózgowych. Obecność acetonu i kwasu salicylowego w moczu wyjaśniła rozpoznanie w kierunku intoksykacji salicylowej. Oddech wykazywał typ specjalny, mianowicie powierzchowny z pauzami *apnoe,* przerywanemi głębokiemi oddechami ze stękaniem. Po usunięciu leku i po leczeniu przeciwkwasicowem zniknęły wszystkie objawy i dziecko było zupełnie wyleczone.

Może być, że takie zatrucia są częstsze, niż się naogół przyjmuje, bo sam w sobie zazwyczaj ciężki stan chorujących na stawy może spowodować przeoczenie niektórych objawów. Ponieważ autorowie angielscy stosują u dzieci naogół znacznie większe dawki salicylu, bo 14 g dziennie, i ponieważ metoda ta daje naogół dobre rezultaty, autor uważa za praktycznie wskazane,aby dawkę rozłożyć na dzień w odstępach dwugodzinnych, na noc w odstępach 4 do 5-godzinnych. Autor uważa za wystarczające zredukowanie dawki dziennej do 4 albo do 6 g dziennie dla dzieci do 10 roku życia. Preparaty salicylowe winny być podawane z obfitą ilością płynów i z podwójną dawką sody. W podręcznikach spotyka się często ze zdaniem, że szum w uszach nie winien stanowić wskazania do odstawienia leku. Opisany przypadek przemawia przeciw temu poglądowi.

Delgado, Correa i Nicola Reyes (z Montevideo) opisują przypadek zatrucia u dziecka 13-letniego również wysokiemi dawkami.

Dziewczynka 13-letnia otrzymuje spowodu gośćca stawowego wewnętrznie 10 g kwasu salicylowego dziennie i śródżylnie 2 g dziennie. Dawka ulega codzień zredukowaniu tak, że 5 dnia dostaje wewnętrznie 7,5 g i śródżylnie 1 g. W tym dniu występują objawy zatrucia: drżenie i stan podniecenia. Mimo znacznego ograniczenia i następnie odstawienia leku, w 2 dni potem zjawia się krwawienie z nosa, wymioty, szum w uszach. Oddech Kussmaula, bradykardja, w moczu aceton i kwas salicylowy. W czasie, gdy objawy te zupełnie ustępują, rozwijają się objawy zapalenia wsierdzia, które jednak również rychło znikają. Autor żąda, aby mimo wszystko doprowadzić dawkę salicylu nawet do granicy intoksykacji — jeżeli chodzi o skuteczne opanowanie lecznicze *endocarditis.*

Autorowie anglosascy Noah Morris i Stanley Graham przestrzegają przed stosowaniem u dzieci, nawet przez kilka dni, dawki 90 granów (t. j. 5,83 g) dziennie, ponieważ dawka ta, jak się przekonali, jest trująca. Autorowie zalecają stosować dawki poniżej 60 granów, t. j. 3,88 g dziennie, jeżeli chodzi o dłuższą kurację.

Jak wiadomo, nietylko w zakresie schorzeń gośćcowych i im pokrewnych, lecz także w patologji mózgowej znajduje leczenie salicylowe wielkie zastosowanie. Znany neurolog marsylski, Lucien Cornil, leczy z bardzo dobrym wynikiem, w przeciągu 7 do 10 dni, zastrzykami śródżylnemi do 4 g salicylu dziennie w rozczynie soli kuchennej lub cukru — pląsawicę. stwardnienie wielorakie i ostre zakaźne zapalenie mózgu.

Barry leczy podobnie śródżylnemi injekcjami salicylanu sodu dziecięce porażenie połowicze.

W świetle przytoczonych głosów z piśmiennictwa widoczne jest, że przypadłości zatrucia salicylowego wśród dzieci należą do wielkich rzadkości, i że występowały tam, gdzie podawano 8 g dziennie przez 12 dni, lub 10 g dziennie przez 5 dni, gdy u naszego pacjenta w tym samym mniejwięcej wieku podawano 3 g dziennie przez 11 dni.

Widać również, że granica intoksykacyjna dla salicylu w wieku dziecięcym nie jest ustalona.

Zastosowanie salicylu, zwłaszcza w stosunku do gośćca, jest bardzo szerokie i ma w szeregu krajów tendencję do dużych dawek. Oprócz tego ramy pojęcia zakażenia gośćcowego w związku z odkrytą korelacją gośćca i gruźlicy stają się coraz większe. Głosy neurologów, jak Cornil, znajdują szerokie wskazanie do leczenia salicylem szeregu schorzeń mózgowych, co wszystko sprzyja rozpowszechnieniu terapeutycznemu salicylu.

Przypadek opisany przez nas ma także interes sądowo-lekarski. W świetle tego przypadku jest widoczne. że dobrze funkcjonujące nerki nie stanowią przeszkody do wystąpienia objawów zatrucia salicylowego. Widoczne również, że obecność acetonu w moczu nie jest bynajmniej niezbędnym objawem zatrucia salicylowego, którego mechanizm zdaje się być skomplikowany. Zagadnienie t. zw. przeciwwskazań stosowania salicylu, jak z przytoczonych słów Bartha wynika, nie jest proste i wymaga rewizji, co zwiększa trudności ustalenia pewników sądowo-lekarskich.

Streszczenie.

Chłopiec 11-letni przybywa dnia 4. I. do szpitala spowodu od 2 tygodni trwającego, wysiękowego, surowiczego, jałowego zapalenia opłucnej. Leczony salicylanem sodu w dawce 1 g trzy razy dziennie, wykazuje w 11 dniu leczenia nagły zespół objawów mózgowych z utratą przytomności, z podnieceniem szałowem naprzemian ze stanem śpiączkowym, z wymiotami, z anizokorją, bezwiednem oddawaniem moczu, bradykardją, hipotonją, zaburzeniami oddychania. Badanie płynu mózgowego ujemne. Próba z chlorkiem żelazowym w moczu wybitnie dodatnia. Po odstawieniu leku i przy obfitem podawaniu dwuwęglanu sodu, stan ostrego zatrucia szybko, bo w przeciągu 12 godzin, ustąpił.

Przypadek porusza sporne w piśmiennictwie: 1) zagadnienie na temat realności ostrego zatrucia salicylowego, 2) sprawę diagnostyki różniczkowej stanów konfuzji mózgowej, 3) kwestję pozologji i ordynacji salicylu, 4) zagadkę mechanizmu zatrucia salicylowego, 5) zagadnienie kryterjum odpowiedzialności sądowo-lekarskiej w podobnych przypadkach.

Piśmiennictwo:

1) Barry P.: Paris méd. 1929. II. 158—160. — 2) Cornil Luc.: Bull. méd. 1931. II. 844—846. 3) Correa Delgado, Reyes Nicola: Arch. Pediatr. Uruguay. 1. 255. 262. 1930. — 4) Martinet A.: Thérapeutique clinique. Paris. 1926. — 5) Morris Noah a. Stanley Graham: Arch. dis. Childhood. 6. 273. Oct. 1931. — 6) Piccioli: La Pediatria. 1933. p. 475.

Dr. B. OSIEK. Kraków.

O obustronnem ropnem zapaleniu opłucnej u dziecka.

Z oddziału dziecięcego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Dr. Jan K. Gołąb.

Obustronny ropotok opłucnej należy tak u dorosłych, jak i u dzieci do niezwykłych rzadkości. I tak nawet w podręczniku takim, jak Pfaundlera-Schlossmanna, Engel rozprawiając szeroko o ropniaku opłucnej zupełnie nie wspomina o możliwości obustronnego ropnego zapalenia opłucnej. Tem bardziej nie znajdujemy wzmianki o tem schorzeniu w podręczniku Bujaka, Rietschela, i in.

Frenklowa i Margolisowa zestawiły blisko 650 przypadków ropniaka opłucnej ze szpitala Anny Marji w Łodzi. Wśród tego drobiazgowo zestawionego materjału nie spotyka się ani jednego obustronnego ropniaka opłucnej.

W niezwykle bogatem piśmiennictwie ostatnich lat o leczeniu ropniaków opłucnej nie znajduje się wzmianki o leczeniu obustronnego ropnego zapalenia opłucnej. Nassau, który tak dokładnie omawia leczenie takich rzadkości, jak ropotok opłucnej na tle promienicy, czy kiły — zupełnie przemilcza możliwość obustronnego ropnego zapalenia opłucnej.

W piśmiennictwie pedjatrycznem doniesienia o obustronnem ropnem zapaleniu opłucnej są niezwykle rzadkie. I tak praca z roku 1930 autorów argentyńskich (Macera, Marja, Messina) „o obustronnem ropnem zapaleniu opłucnej u dziecka", omawia dwa przypadki obustronnego otoku, jeden i drugi zakończony śmiercią. Angielskie zaś doniesienie Singlera obejmuje jeden przypadek obustronnego ropniaka opłucnej.

Zasługuje więc na uwagę następujący przypadek:

Ż. P. l. 7., zachorował dnia 11. IV. 1933, wśród objawów wysokiej gorączki, drgawek i wymiotów. Na oddział dostał się z rozpoznaniem: zapalenie opon mózgowych.

Stan chorego przyjętego na oddział przedstawia się ciężko: gorączka 39,2, tętno 150 na minutę, przytomność zachowana, świadomość silnie przyćmiona. Chory okazuje silny niepokój, rzuca się, krzyczy, wykonuje cały szereg ruchów niezbornych. Stan podniecenia nie jest stały, ale występuje co pewien czas, naprzemian z krótkiemi okresami, podczas których dziecko popada w sen. Badanie kliniczne wykazuje obecność prawie wszystkich objawów oponowych i rozsiane świsty i furczenia w obydwu płucach. Pozatem wynik badania jest ujemny. Wykonano nakłucie lędźwiowe: płyn mózgowo-rdzeniowy wodojasny wypływa silnym strumieniem. Stosunki chemiczne prawidłowe. Pleocytoza prawidłowa. Badanie moczu wykazuje śladzik białka, chlorki rozpływne, pozatem bez odchyleń. Badanie krwi: ciałek czerwonych 4,200.000, ciałek białych 10.200, wskaźnik barwny 0.9, obraz krwi cytologiczny przedstawia stosunki prawidłowe.

Rozpoznanie tymczasowe: *meningismus, bronchitis diffusa.*

Na drugi dzień dołączył się kaszel. Objawy oponowe silniej jeszcze zaznaczone. Drżenie i przewodnictwo po stronie prawej, w szczególności nad szczytem, silnie wzmożone. Leukocytoza 14.000.

Rozpoznanie: *pneumonia crouposa lobi sup. dextri.*

Z dnia na dzień obraz zapalenia płuca stawał się wyraźniejszy. Zastosowano środki nasercowe i chininę. Objawy oponowe prawie w zupełności ustąpiły. W dziesiątym dniu pobytu na oddziele wystąpił płyn w jamie opłucnej prawej, oraz zapalenie dolnego płatu płuca lewego. Stan dziecka jest bardzo ciężki. W jedenastym dniu zjawia się płyn w jamie opłucnej lewej. W dwunastym dniu wykonano nakłucie opłucne po stronie lewej i prawej. Z opłucnej prawej wydobyto 700 cm^3 płynu ropnego, z opłucnej lewej 500 cm^3 surowiczo-ropnego. Z jednego i drugiego płynu wyhodowano paciorkowce owalne (pneumokoki).

Rozpoznanie: *Empyema pleurae ambilat. pneumococcicum.*

Obraz krwi wykazuje znaczne przesunięcie na lewo, wzmożoną ilość obojętnochłonnych. Leukocytoza waha się w granicach od 16—20.000. Obraz rentgenologiczny w pierwszych dniach choroby ujemny, wykazywał następnie stale wolny płyn w obu jamach opłucnych.

A teraz co do leczenia:

W ropniaku jednostronnym postępujemy zwykle zachowawczo, a mianowicie, leczymy nakłuwaniami opłucnej, odciąganiem ropy i przepłókiwaniem rozczynem soli fizjologicznej. Przyznajemy bowiem temu sposobowi, na podstawie doświadczenia własnego bezwzględną wyższość w klinice chorób dziecięcych nad sposobem leczenia otwartego. Wszak i według Engla „przy schorzeniu oseska względnie młodego dziecka należy za wszelką cenę unikać leczenia otwartego, a doświadczenie uczy, że i u starszych dzieci sposobu tego można z powodzeniem uniknąć". Znamiennem jest również zdanie Lewkowicza, „że wyniki końcowe leczenia zamkniętego okazały się w wielu przypadkach tak doskonałe, że o podobnych nawet ani marzyć nie można przy leczeniu otwartem".

W opisywanym przypadku zastosowaliśmy sposób obustronnego zamkniętego leczenia, wychodząc z założenia, że odpowiada on najlepiej klasycznym wymogom Sauerbrucha w leczeniu ropniaków opłucnej. A mianowicie, by opróżnianie z ropy odbywało się sposobem najbardziej oględnym, by w najszybszym czasie przywracało możliwość rozwinięcia się płuca i jego działalności fizjologicznej, by najrychlej — o ile to możliwe — przywracało właściwe stosunki ciśnienia w klatce piersiowej, i uwzględniało podstawowe cierpienia. Dalej sposób ten prowadzi ewentualnie tylko do otorbienia się ropniaka, a leczenie otoku opłucnej jest przy otorbieniu sprawą dla chirurga o wiele łatwiejszą.

Zresztą pomysł obustronnego otwartego leczenia musiał upaść. Zdaniem bowiem Sauerbrucha zawsze w tych wypadkach należy się liczyć z obustronną odmą, a więc zwłaszcza u dzieci z objawem wielce niepożądanym.

Od leczenia otwartego jednostronnego i zamkniętego drugostronnego odstraszał nas między innemi fakt, że w przypadkach autorów argentyńskich była właśnie ta metoda stosowana z wynikiem śmiertelnym. Pozatem zachodziła obawa odmy jednostronnej przy już istniejących ciężkich zmianach w opłucnej drugiej. Wreszcie ostra sprawa zapalna górnego płatu prawego była jeszcze ciągle w toku, a jeśli wg. Rodzieńskiego — „co do sposobu operacyjnego ropniaka opłucnej zdania są podzielone, to w wyborze chwili stosownej do wkroczenia operacyjnego panuje prawie jednomyślność. Wszyscy zgadzają się na to, że przed przystąpieniem do zabiegu doszczętnego choćby najmniej obciążającego, powinno się czekać aż znikną objawy zapalenia płuca, względnie nieżytu oskrzeli". A Rietschel nadmienia, że każde otwarcie jamy opłucnej przy niewygasłem ognisku zapalnem w tkance płucnej prowadzi do zejścia śmiertelnego dziecka.

Po 14 nakłuciach lewostronnych i 58 prawostronnych z następowem przepłókiwaniem opłucnej solą fizjologiczną nastąpiło prawie zupełne *restitutio ad integrum.*

Dnia 25. X. 1933 po siedmiomiesięcznym pobycie na oddziele opuszcza dziecko szpital. Od tego czasu pozostaje w opiece domowej i zgłasza się co pewien czas do badań kontrolnych.

Obecnie po rocznej obserwacji stan dziecka jest zupełnie zadawalający. Rozwija się ono prawidłowo. Po stronie lewej nad płucem wypuk jest głośny i wysoki, granica dolna ruchoma, szmery oddechowe pęcherzykowe wyraźnie słyszalne. Po stronie prawej od piątego żebra wdół i z tyłu wypuk nieco krótszy i cichszy, niż po stronie lewej, szmery oddechowe pęcherzykowe gorzej słyszalne, niż po stronie przeciwnej, granica dolna prawie nieprzesuwalna. Klatka piersiowa symetrycznie wysklepiona nie okazuje żadnych zniekształceń.

Badanie rentgenologiczne „nie stwierdza zmian naciekowych w płucach. Kąty przeponowe po obu stronach wypełnione przez zrosty opłucne. Ruchomość oddechowa przepony nieupośledzona".

Przypadek powyższy zasługuje więc na wzmiankę tak ze względu na jego rzadkość, jak i niezwykły wynik końcowy leczenia. Pozatem stanowi on ważny przyczynek dla oceny leczenia ropniaka opłucnej na drodze zachowawczej.

Dr. F. GOLDSCHLAG. Lwów.

O narkozie dożylnej zapomocą ewipanu sodowego.

Z Oddziału skórno-wenerycznego dla kobiet Państw. Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Ordynator: Prof. Dr. Roman Leszczyński.

Dermatolog ma nierzadko sposobność wykonywania czynności chirurgicznych. Statystyka naszego oddziału wykazała w roku 1933 przeszło 300 zabiegów chirurgicznych, z czego największa ilość przypada na chore z toczniem zwyczajnym. Zastosowanie elektrokoagulacji w lecznictwie tocznia stanowi niewątpliwy postęp i ma doniosłe znaczenie socjalne, skracając wydatnie czas leczenia.

Przy niezbyt rozległych procesach chorobowych i pewnej wytrzymałości pacjentów można zrezygnować z wszelkiego znieczulenia. Jednak znaczny odsetek wymaga znieczulenia, bądźto miejscowego, bądźto ogólnego, przy tym bolesnym zabiegu. Miejscowe znieczulenie jest nie do przeprowadzenia przy rozsianiu wykwitów na znacznej przestrzeni, przy tak często, niestety, występującej słoniowatości odnóż, i przy pewnych z rozlanem nacieczeniem i rozmiękczeniem tkanki przebiegających postaciach tocznia. Ogólne znieczulenie zapomocą uśpienia inhalacyjnego eterem ma szereg przeciwwskazań. Rażącym jest niestosunek między niekiedy krótkotrwałym zabiegiem a czasem potrzebnym do uśpienia chorego — z jednej strony, zaś przykremi objawami pouśpieniowemi — z drugiej strony. Tak częste w naszym materjale zmiany przyrody swoistej i nieswoistej w górnych drogach oddechowych i płucach, jakoteż konieczność poddania tych samych chorych kilka lub kilkanaście razy, w dłuższych lub krótszych odstępach czasu, zabiegowi chirurgicznemu, jest poważną przeszkodą w korzystaniu z uśpienia eterowego. A wreszcie, *last not least,* zapalność eteru utrudnia wielce stosowanie tego środka przy posługiwaniu się kaustyką lub Paquelinem.

Z tych to powodów interesujemy się żywo postępami farmakologji w dziedzinie uśpienia. Uśpienie odbytnicze awertyną jest dosyć skomplikowane, dożylne somnifenem lub pernoktonem nie znalazło w nas zwolenników spowodu trudności dawkowania i długotrwałości raz wywołanego snu. Z zainteresowaniem natomiast śledziliśmy piśmiennictwo, tyczące się nowego środka nasennego, wprowadzanego dożylnie, ewipanu sodowego, firmy Bayer-Meister Lucius.

Publikacje chirurgów Baetznera (D. m. W. 1. 1933), Holtermanna (Zbl. Gynäk. 15. 1933), Banksa (Zbl. Chir. 6. 1933), dermatologów Wucherpfeniga i Hövelborna (Kl. Wchschr. 10. 1933) i innych opierają się na poważnym materjale, idącym w setki i tysiące przypadków. Z polskich autorów wymieniam Granatowicza (Nowiny Lekarskie, Poznań, 21. 1933), który zdaje sprawę z 70 przypadków.

Jakkolwiek nasz własny materjał jest bardzo skromny, — liczy około 45 przypadków — uważamy za wskazane podzielić się naszemi spostrzeżeniami z szerszym ogółem kolegów, a w szczególności zwrócić na nie uwagę kolegów-dermatologów.

Ewipan sodowy jest syntetyczną solą kwasu mocznikowego o skomplikowanym składzie; rozpuszcza się łatwo w wodzie; w handlu znajduje się w ampułkach jedno-gramowych, w postaci białego proszku. W doświadczeniach na kotach stwierdzono jego szybkie a krótkie działanie usypiające. Stosunek dawki czynnej do toksycznej przedstawia się wedle Weesego (D. m. Woch. 2. 1933) jak 1 : 4 t. zn. rozpiętość terapeutyczna wynosi 4, co uważać należy za warunek korzystny. Ewipan nie jest środkiem narkotycznym lotnym, wskutek tego uśpienie nim przeprowadzone nie daje się dowolnie przystosowywać. Stąd negatywne stanowisko wielu chirurgów wobec tego środka, gdyż odpada możność dowolnego dozowania jak przy eterze. Niemniej jednak wydzielanie się ewipanu a raczej związanie go w wątrobie jest stosunkowo szybkie. „Odtrucie“ polega na chemicznej odbudowie przez utlenienie w wątrobie. Drogą nerek wydzielają się tylko minimalne ilości.

W doświadczeniach na psach i kotach zejście śmiertelne następowało po przekroczeniu dawki maksymalnej, wśród porażenia ośrodka oddechowego przy dobrze działającem sercu. Ewipan sodowy działa na ośrodki wegetatywne śródmóżdża.

Uśpienie ewipanowe przeprowadzaliśmy u naszych chorych naczczo, co nie jest jednak nieodzownym warunkiem. Z przygotowania wstępnego morfiną, skopolaminą lub atropiną rezygnowaliśmy stale. Ze względu na krótkotrwałość snu należy ukończyć, z chwilą rozpoczęcia narkozy, wszelkie wstępne przygotowania do operacji.

Wstrzykujemy dożylnie przeciętnie 10 cm^3 10% roztworu w takiem tempie, że w pierwszej minucie wprowadzamy 4 cm^3, w drugiej 6 cm^3. Szybkość wstrzykiwania i ilość płynu decyduje o głębokości narkozy. Zależnie od osobnika, choroby, zachowania się podczas narkozy należy indywidualizować i wspomnianą dawkę ewentualnie wydatnie obniżyć. Zwłaszcza dzieci wymagają szczególnej uwagi i ostrożności. Po 2—5 minutach osiągamy zwyczajnie dostatecznie głęboki sen, który utrzymuje się przeciętnie 15—25 minut. Jeśli zabieg operacyjny ma trwać krótko, to można po ukończeniu wstrzykiwania przeczekać 1—2 minuty dla pogłębienia snu.

Początek snu zaznacza się zwiotczeniem i opadaniem szczęki dolnej ku tyłowi, na co należy bacznie zważać i natychmiast przeciwdziałać wysunięciem szczęki ku przodowi. Następuje kilka nasilonych oddechów, poczem oddech zwalnia się i pozostaje miarowy. Tętno wykazuje nieznaczne zwolnienie i spadek ciśnienia. Skóra ma barwę różową, źrenice rozszerzają się i nie oddziaływują na światło, co nie jest jednak żadną groźną oznaką.

Uśpienie cechuje brak okresu podniecenia. Pewien ekwiwalent podniecenia stanowią nierzadko obserwowane drżenia kończyn, dochodzące nawet do lekkich drgawek, i silniejsze napięcie mięśni. Przebudzenie następuje 45—60 minut od chwili uśnięcia wśród nastroju pogodnego, rzadziej płaczliwego lub niepokoju motorycznego. Chorzy wpadają często po krótkiej przerwie w powtórny sen, zbliżony już do normalnego. Przykrych objawów ponarkotycznych nie stwierdza się, wymioty należą do wielkiej rzadkości. Chorzy, zwłaszcza ci, którzy przeszli kiedyś uśpienie inhalacyjne, wyrażają się o uśpieniu dożylnem korzystnie. Od chwili uśnięcia do przebudzenia się panuje zupełna amnezja. Uśpienie powyższe można, przy normalnie funkcjonującej wątrobie, powtarzać dowolnie, w krótszych lub dłuższych odstępach czasu. Jeśli zachodzi potrzeba przedłużenia czasu narkozy, można, po wyczerpaniu działania pierwszej dawki ewipanu, podać znowu pewną ilość roztworu i w ten sposób można przedłużyć czas uśpienia do 1—1½ godziny. Również można kombinować uśpienie ewipanowe z eterowem. Oszczędza się w ten sposób choremu przykrego niekiedy okresu podniecenia.

Statystyka Sailera z kliniki budapesztenskiej wykazuje około 88 cięższych zabiegów laparotomijnych, wykonanych zapomocą jednego z powyższych sposobów. Dla naszych celów postępowanie podobne jest zbyteczne, gdyż z konieczności ograniczenia działania kaustycznego do nieznacznej tylko powierzchni skóry, nie przekraczamy z reguły czasu 15—20 minut.

Pewną ostrożność w wyborze chorych i w samem przeprowadzeniu uśpienia należy zachować. Stimpel (Münch. med. Wchschr. Nr. 2. 1933) zebrał w piśmiennictwie 12 przypadków, w których rzekomo uśpienie ewipanowe doprowadziło do zejścia śmiertelnego. Na temat słuszności tego poglądu, szukania przyczyny w wadliwej technice i nieoględnem wskazaniu przy tych przypadkach, toczy się jeszcze polemika. W jednym z naszych przypadków, poddanym po raz drugi narkozie ewipanowej, wystąpiło duszenie się, które zmusiło nas do przerwania operacji i wszczęcia energicznych zabiegów ratowniczych (sztuczne oddechanie, wstrzykiwanie lobeliny, koraminy i heksetonu). Chora przyszła wkrótce do siebie i nie stwierdziliśmy dalszych powikłań. Mamy jednak wrażenie, że raczej czynnik mechaniczny, t. j. osunięcie się języka przy szybko zwiotczałej a zapóźno wysuniętej ku przodowi szczęce, wywołał niepokojące obawy, aniżeli działanie farmakologiczne ewipanu na ośrodek oddechowy. Zwężenie dróg oddechowych górnych u tej pacjentki spowodu swoistego procesu gruźliczego w nosie, nie było również bez znaczenia.

Wyniki naszych dotychczasowych obserwacyj zachęcają nas do dalszych prób. Dzięki wprowadzeniu ewipanu mogą korzystać z dobrodziejstw uśpienia chorzy, u których dotychczas znane środki znieczulające nie mogły być stosowane ani miejscowo ani ogólnie. Wydaje się nam, że ewipan sodowy zasługuje na uwagę, zwłaszcza dermatologów, gdy idzie o sprowadzenie krótkotrwałego uśpienia.

Dr. Tadeusz BULSKI, Asyst. Kliniki. Warszawa.

W sprawie stosowania preparatów sporyszu w położnictwie.

Z Kliniki Położniczo- Ginekologicznej U. W.
Dyrektor: Prof. Dr. Adam Czyżewicz.

Do wywołania skurczu macicy oddawna stosowany jest sporysz czyli przetrwalnik grzybka *Claviceps purpurea.* Działanie jego, dające się fizjologicznie określić jako jednostajny skurcz tężcowy mięśnia macicy, występuje wprawdzie prawie zawsze po zastosowaniu sporyszu, jednakowoż siła jego i wydatność oraz czas trwania nie da się obliczyć ani przewidzieć. Przeciwnie preparat ten jest nadzwyczaj różny zależnie od miejsca i czasu zbioru, warunków miejscowych i klimatycznych, a ponadto jest niestały oraz bez względu na sposób przechowywania, wyczerpuje się po pewnym czasie. Z tego względu nietylko nie można przewidzieć indywidualnej siły działania dostarczonego preparatu ani dozować go w praktyce lekarskiej, ale nawet nie można ręczyć, czy nie wywoła on ubocznych, nieprzewidzianych skutków.

W tym stanie rzeczy sporysz jako taki nie nadaje się do przypadków, w których zależy nam na działaniu szybkiem i energicznem, jak np. w razie krwotoku poporodowego spowodu niedowładu macicy, natomiast tam, gdzie chodzi o działanie trwałe choć mniej nasilone np. wobec zbyt wolnego zwijania się połogowej macicy, ma uzasadnione wskazania. W tej myśli podajemy go w Klinice Położniczo-Ginekologicznej U. W. pod postacią wodnego rozczynu wyciągu sporyszu *(extr. secalis cornuti)* w stosunku 1,0—2,0—180,0, łyżkami co 2 godziny w pierwszych dniach połogu.

Chcąc uzyskać trwały i jednolity preparat sporyszu, pracowało wielu badaczów nad jego rozłożeniem na poszczególne składniki.

Usiłowania ich szły w kierunku wyodrębnienia składowych działających najsilniej i wyłącznie lub niemal wyłącznie na mięsień macicy oraz dających się odpowiednio dawkować i przechowywać. Starano się również wyeliminować składniki szkodliwie działające na organizm. Stopniowo wyodrębniano szereg ciał działających na mięsień macicy oraz ubocznych jak: uracyl, pentametylendiamina, betaina, leucyna, skleretyna (barwik), sfacelotoksyna.

Ze składników czynnych wydzielono ergotynę, kornutynę, tyraminę, histaminę, ergotyninę, o wzorze $C_{35} H_{39} O_5 N_5$, hydroergotyninę — $C_{35} H_{45} O_6 N_5$.

W 1918 roku Stoll wyodrębnił ze sporyszu alkaloid chemicznie czysty o wzorze $C_{35} H_5 O_5 N_5$ i nazwał go ergotaminą. Badania Rothlina, Dale i innych potwierdziły właściwości farmakodynamiczne i toksykologiczne tego ciała.

Rozpuszczalność tego alkaloidu pozwala ściśle go miareczkować.

Obszerne i długie obserwacje (Stoll, Mikulicz, Kopischka) wykazały trwałość ergotaminy i jej izomerycznej postaci ergotamininy.

Działanie ergotaminy jest o wiele silniejsze na mięsień macicy niż ergotyniny (ergotoksyny) jak wykazał to Rothlin. Dalsze badania tegoż Rothlina wykazały, że podanie 0,5 g ergotaminy na 1 kg wagi zwierzęcia doświadczalnego (kot, pies) powodowało nieznaczne podwyższenie ciśnienia krwi w dużem krążeniu, w przeciwstawieństwie do histaminy, pozostaje jednak bez wpływu na małe krążenie.

Dla stosowania w praktyce wprowadzono ergotaminę pod postacią kwaśnej soli kwasu winowego jako gynergen-Sandoz.

Odnośnie do stosowania gynergenu, nosi on naturalnie wspólne ze sporyszem zastrzeżenia. Ani jednego ani drugiego preparatu nie wolno stosować, dopóki macica nie jest zupełnie próżna. Wywołują one bowiem tężcowy skurcz mięśnia, którego następstwem bardzo łatwo może być zaciśnięcie ujścia, co prowadzi do zatrzymania ewentualnych części jaja płodowego i do ich rozkładu wśródmacicznego tak groźnego dla chorej.

Natomiast pełną swą wartość wykazuje gynergen podany bezpośrednio po wydaleniu jaja płodowego. Wywołany skurcz mięśnia macicznego tamuje zbyt obfite krwawienie i wyciska przez ujście zalegające w jamie macicy skrzepy mogące stanowić późniejsze źródło zakażenia.

Korzyści uzyskiwane przy podaniu doraźnem gynergenu podskórnie w ilości 0,5 cm³ (0,00025 g ergotaminy) a w wypadkach niedowładu macicy i silnych krwawień 1 cm³ (0,0005 g) były bardzo wyraźne.

Macica kurczy się bardzo wyraźnie, skurcz trwa długo, krwawienie ustaje.

W przypadkach nagłych krwotoków stosowano gynergen wraz z wyciągiem z tylnego płatu przysadki mózgowej, co przyspiesza działanie, gdyż skurcz po gynergenie występuje dopiero po 5—10 minutach.

Dzięki wyciągowi z tylnego płatu przysadki mózgowej uzyskuje się ponadto skurcze okresowe, co wraz z tonicznym długotrwałym skurczem po zastosowaniu gynergenu daje efekt pożądany.

W ten sposób dzięki ergotaminie położnictwo zyskało bardzo dobry środek pomocniczy przy opanowywaniu krwotoków. Poza grupą krwotoków stosuje wielu autorów sporysz lub jego przetwory zapobiegawczo po porodzie w przypadkach przebiegających gładko, bez krwawień, licząc na to, że połóg będzie miał mniej powikłań, jeśli zaraz po porodzie wywoła się skurcz macicy, usunie skrzepy z jamy macicy i umożliwi retrakcję włókien mięsnych. Zapatrywanie to nie jest bynajmniej ogólnie przyjęte. W celu rozstrzygnięcia tej sprawy przeprowadzono w Klinice Położniczo-Ginekologicznej U. W. obserwacje na 300 przypadkach. W pierwszej grupie nie podawano wcale preparatów sporyszu ani jego składników. W drugiej grupie wstrzykiwano po urodzeniu łożyska 1 cm³ ergotyny. W trzeciej grupie wstrzykiwano tuż po urodzeniu się łożyska ½ cm³ gynergenu-Sandoz (0,00025 g wyciągu ergotaminy).

W ocenie przypadków kierowano się szybkością zwijania się macicy, przebiegiem temperatury, rodzajem odchodów, ewentualnie bolesnością macicy i t. d.

Jako wytyczną przy określaniu stopnia szybkości zwijania się macicy obrano czas, w jakim dno macicy osiągnęło wysokość górnego brzegu spojenia łonowego.

Zestawienie porównawcze wypadło następująco:

W I-ej grupie przypadków (100 przypadków) bez podania preparatów sporyszowych. Przeciętna szybkości zwijania się macicy wypadła 8,79 dnia.

W 28% przypadków stwierdzono tkliwą macicę z cuchnącemi odchodami, podwyższoną temperaturę do 39° oraz opieszałość zwijania się macicy.

Macica przez pierwsze 2—4 dni zwijała się normalnie, następnie rozkurczała się i na wysokości 3—4 palców nad spojeniem utrzymywała się przez 6—8—12 dni.

W II-giej grupie (100 przypadków) przeciętna zwijania się macicy wypadła 8,16 dnia.

Bolesność macicy, cuchnące odchody, podwyższenie temperatury stwierdzono w 24% przypadków.

Podawano tym położnicom sporysz pod postacią: *Sol. extr. sec. corn.* 1,0—180,0 co dwie godziny łyżkę.

W III-ciej grupie podawano tuż po porodzie ½ cm³ gynergenu-Sandoz podskórnie.

Przeciętna zwijania się macicy wypadła 6,74 dnia, najniższa granica 4 dni, najwyższa 9 dni.

Powikłania podobne jak w poprzednich grupach stwierdzono w 8% przypadków.

W tych przypadkach podawano gynergen w tabletkach (0,0001 ergotaminy) 1—4 dziennie.

W każdym przypadku tej grupy mierzono ciśnienie tuż przed wstrzyknięciem gynergenu, 10 minut po wstrzyknięciu, po pół godzinie i po dobie.

Podwyższenia ciśnienia w żadnym przypadku nie zauważono, natomiast dość często można było zauważyć obniżenie o 5—10 mm Hg, zwłaszcza przy pomiarach pół godziny po wstrzyknięciu.

Przeprowadzono również mierzenie dobowej ilości moczu przed podaniem gynergenu i po podaniu celem sprawdzenia ewentualnego wpływu na naczynia nerkowe.

W żadnym przypadku nie zauważono wyraźnego zmniejszenia dobowej ilości moczu.

Widzimy zatem, że wpływ ergotaminy na ciśnienie krwi jest tak nieznaczny, że podawanie jej w przypadkach, w których należy unikać podwyższenia ciśnienia krwi (zapalenie nerek, rzucawka porodowa) nie jest przeciwwskazane.

Nie stwierdzono ani razu ujemnego działania na naczynia obwodowe w sensie *ergotismus gangraenosus* i *ergotismus convulsivus*.

Nie stwierdzono również w żadnym przypadku miejscowych zmian lub bolesności, co zdarza się dość często przy wstrzykiwaniu ergotyny.

Jako wynik ogólny przeprowadzonych doświadczeń widzimy, że stosowanie zapobiegawcze przetworów sporyszowych daje wyraźne korzyści w sensie przyspieszenia zwijania się macicy i mniejszej liczby powikłań.

Porównując zaś powyższe trzy grupy stwierdzamy, że grupa II-ga (ergotyna) zyskuje w stosunku do I-ej grupy (bez sporyszu) o 0,63 dnia szybsze zwijanie się macicy oraz o 4% mniej powikłań połogowych.

W grupie III-ciej (gynergen) poprawa ta jest bardziej widoczna: 2,05 dnia w stosunku do grupy pierwszej i 1,42 dnia w stosunku do grupy II-giej oraz bezsprzecznie mniej powikłań połogowych (8%).

W klasyfikacji tych grup nie używano rozmyślnie dla bezstronności zestawienia innych środków leczniczych poza sporyszem i jego składowemi.

Opierając się na powyższych spostrzeżeniach dochodzimy do przekonania, że postępowanie właściwe powinno wyglądać następująco: bezpośrednio po porodzie wstrzyknięcie ½ cm³ gynergenu podskórnie. W połogu w przypadkach połączonych z zatrzymaniem odchodów, złem zwijaniem się macicy z następowem podwyższeniem ciepłoty i t. d. można podawać gynergen w tabletkach (2—4 dziennie) lub w kroplach (15—30 kropel dziennie).

Dr. Mieczysław SZAJNA, Sek. szpitala. Kołomyja.

Frakcjonowane badanie wydzielania błony śluzowej żołądka przy użyciu roztworu peptonowo-alkoholowego, jako śniadania próbnego.

Ze Szpitala Powszechnego w Kołomyi.
Dyrektor: Dr. Stanisław Kaliniewicz.

Od kilku lat używam stale jako śniadania próbnego przy badaniu treści żołądkowej roztworu suszonego peptonu Wittego w 5% alkoholu etylowym. Roztwór ten sporządzam w ten sposób, że do 300 cm³ 5% alkoholu etylowego (śniadanie Ehrmanna) dodaję 5 g wymienionego peptonu.

Dodatek peptonu wydaje mi się być korzystnym ze względu na okoliczność, że pepton jako produkt rozpadu białka w warunkach fizjologicznych stanowi bezpośredni, silny chemiczny bodziec wydzielania soku żołądkowego prawdopodobnie dzięki obecności histaminy.

Badanie treści przeprowadzam w ten sposób, że pacjent, będący naczczo połyka sondę dwunastniczą, przez którą usuwa się całą treść żołądka przy pomocy strzykawki Rekorda. Posługiwanie się miękką i cienką sondą dwunastniczą posiada dużą zaletę, polegającą na tem, iż unika się skaleczenia błony śluzowej żołądka; przez to nie zaciera się obraz krwawienia z wrzodu lub guza. Następnie sonda dwunastnicza może być z pełnem bezpieczeństwem użyta w przypadku, w którym zachodzi podejrzenie przebicia wrzodu (zwłaszcza t. zw. „kryte przebicie"). Po opróżnieniu żołądka z treści pacjent wypija lub wlewa mu się przez sondę 300 cm³ opisanej mieszaniny peptonowo-alkoholowej. Początkowo sądziłem, że przez wlanie płynu przez sondę uda się

uniknąć pierwszego okresu wydzielania, t. zw. okresu nerwowego. Dalsze badania wykazały jednak, że przypuszczenie to było mylne; samo nastawienie psychiczne pacjenta przy sondowaniu (założenie sondy, widok próbnego śniadania) stanowi bodziec nerwowy. Wskutek tego te same wyniki uzyskiwałem przy wlewaniu próbnego śniadania, jak i przy wypiciu tegoż przez pacjenta.

Po wypiciu próbnego śniadania pobieram 4 razy co pół godziny 20—50 cm³ treści, wykonując z nią ogólnie znane badania. Przez ten cały czas, t. zn. przez dwie godziny sonda spoczywa w żołądku. W ten sposób mam obraz wydzielania błony śluzowej żołądka przez okres 2 godzin. Zalety takiego frakcjonowanego badania wydzielania żołądka są ogólnie znane.

Dotąd miałem sposobność wykonania około 300 takich badań. We wszystkich przypadkach pacjenci kontrolowani byli badaniem klinicznem i rentgenologicznem, a w około 30% przypadków na stole operacyjnym. Na podstawie tych badań mogę stanowczo powiedzieć, że niema takiej typowej krzywej wydzielania soku żołądkowego, na podstawie której możnaby bez innych badań postawić rozpoznanie cierpienia żołądkowego. Uzyskane w opisany sposób wartości dla wolnego kwasu solnego i ogólnej kwasoty pozwalają jedynie na całkiem ogólne wyodrębnienie kilku obrazów wydzielania błony śluzowej żołądka.

I tak u ludzi zdrowych (t. zn. u takich, u których badanie przedmiotowe nie mogło znaleźć żadnych zmian chorobowych) na czczo ogólna kwasota wynosiła 2—10 ; kwas solny 0—6. Po wypiciu próbnego śniadania kwasota podnosiła się stopniowo w pierwszych dwóch próbach, poczem również stopniowo opadała. Przeciętne najwyższe wartości w tej grupie badanych osób wynoszą dla ogólnej kwasoty 40—52, dla kwasu solnego 30—44. U osób nerwowych krzywa wydzielania nie miała takiego regularnego przebiegu; miała ona kształt zygzaka, jednak wartości dla kwasot nie przekraczały górnych granic tej grupy.

Przy nadkwasocie tak z wrzodem żołądka lub dwunastnicy jak i bez wrzodu dość typowemi były wysokie wartości kwasot naczczo: dla ogólnej kwasoty 50—120, dla kwasu solnego 30—90. Dalsze badanie po śniadaniu wykazuje najczęściej po pierwszej pół godzinie spadek kwasoty; w 2 i 3 próbie powrót do wartości naczczo, lub nieco niższej, a w ostatniej albo tę samą wartość, co w trzeciej, albo o 10—15 jednostek niższą.

Pozostała grupa — wrzody żołądka z prawidłową lub niską kwasotą, kwaśne i podkwaśne nieżyty żołądka, wtórne zaburzenia wydzielania żołądka, achylje — nie przedstawiały żadnych charakterystycznych obrazów, różniących się od ogólnie znanych.

Nigdzie, jak tu, nie jest wyraźniejszą zasada, że żadne badanie laboratoryjne samo przez się nie może być podstawą dla rozpoznania.

A dla ścisłego postawienia rozpoznania w cierpieniach żożołądka niezbędną jest trójca — badanie kliniczne, treści i prześwietlenie promieniami Roentgena.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

M. SEGAL. Lwów.

O histolizatach i próbach ich zastosowania w lecznictwie.

Podstawą teoretyczną lizatoterapji jest teorja Fischera opracowana przez Abderhaldena i Miyagawę, twierdząca, że każdy narząd i tkanka organizmu zwierzęcego składa się z białka swoistego tylko dla danego narządu; produkty rozszczepienia *(lysis)* tego białka wprowadzone pozajelitowo posiadają działanie swoiste dla danego narządu, potęgując funkcję odpowiednich tkanek homologicznych. Na czele badaczy rosyjskich zajmujących się zagadnieniem lizatów stoi prof. Tusznow, który wystąpił z teorją „naturalnych jadów komórkowych" i podał następującą hipotezę: skoordynowanie wszystkich funkcyj organizmu zależne jest nietylko od systemu nerwowego i wewnątrzwydzielniczego, ale także od pośrednich i końcowych produktów metabolizmu, które Tusznow nazywa „interekskretami". Podczas gdy hormony (produkty wydzielania wewnętrznego) uważamy za wynik czynności syntetycznej specjalnych gruczołów, — to „interekskrety" (produkty wydalania wewnętrznego) wytwarzane zostają przez tkanki i narządy w wyniku czynności analitycznej, czyli przedstawiają produkty dysymilacji. Wzajemne oddziaływanie hormonów i interekskretów i wpływ ich na organizm warunkują odporność i wydolność organizmu.

Według Abderhaldena każdy narząd, każda tkanka składa się z białka swoistego dla danego narządu względnie tkanki; Tusznow twierdzi, że również produkty rozpadu komórkowego (szczególnie białkowe) zachowują do pewnego stopnia swoistość narządową lub tkankową w zależności od stopnia procesu litycznego. Ta swoistość maleje w miarę dalszego rozszczepienia białka, a równocześnie maleje toksyczność produktów rozpadu białka: wysokocząsteczkowe produkty rozpadu (albumozy i peptony) są toksyczne i zachowują swą swoistość w znacznym stopniu, produkty dalszego rozpadu (polipeptydy, aminokwasy) nie są toksyczne ale tracą również swą swoistość.

Produkty rozpadu stale wytwarzane w organizmie jako następstwo czynności życiowej komórek nie są dla organizmu tylko czynnikiem ujemnym, zagrażając zatruciem organizmowi. Mają one ważną funkcję biologiczną, jako bodźce rozkładu i aktywności komórek.

Na podstawie swej teorji o „naturalnych jadach komórkowych" Tusznow wprowadził do lecznictwa „lizatoterapję" twierdząc, że pozajelitowe wprowadzenie produktów rozszczepienia wysokozróżnicowanych tkanek i narządów wywołuje w organizmie funkcjonalne podrażnienie tkanek homologicznych. Podrażnienie to w zależności od dawki i od zdolności tkanki reagowania na bodźce objawia się wzmożeniem funkcji lub zahamowaniem do zaniku włącznie.

Preparaty wprowadzone do lecznictwa przez Tusznowa noszą nazwę „histolizatów" i składają się z 2 frakcyj: dynamicznej i plastycznej. Pierwsza składa się ze swoistych czynnych wysokocząsteczkowych produktów rozpadu białka i ma za zadanie pobudzenie i aktywowanie odpowiednich tkanek homologicznych. Druga frakcja plastyczna składa się z produktów głębszego rozpadu białkowego łatwo przyswajalnych przez tkanki jako materjał odżywczy, ułatwiający pracę i syntezę plastyczną różnych tkanek, a szczególnie homologicznych. Narząd szczególnie dobrze przyswaja drugą frakcję, jeżeli jest uprzednio aktywowany przez frakcję pierwszą lub jest w stanie aktywnym dzięki zapaleniu, przekrwieniu lub podrażnieniu.

Działanie lizatów podlega prawu Pflügera (Arndt-Schultze): słabe bodźce wzmagają czynności życiowe komórek, silne natomiast hamują. W zależności od tego prawa ustala się dawkowanie lizatów.

Nie negując możliwości istnienia w lizatach hormonów, Tusznow podkreśla, że efekt lizatoterapji nie stoi w związku z hormonami, lecz z substancjami swoistemi, powstałemi z produktów rozpadu gruczołów wewnątrzwydzielniczych, które aktywują funkcje narządu i przywracają jego wydolność, która uległa zaburzeniu. Istnieje zasadnicza różnica pomiędzy terapją hormonalną, która jest terapją zastępczą a lizatoterapją, która jest terapją bodźcową.

Różnicę tę potwierdza okoliczność, że przy lizatoterapji efekt leczniczy nie zaznacza się natychmiast, ale narasta stopniowo, natomiast jest trwały. Twierdzenia Tusznowa znajdują jednak bardzo licznych przeciwników. I tak Szereszewski odrzuca twierdzenie Tusznowa o różnicy pomiędzy hormonami a lizatami, gdyż badania biologiczne i kliniczne wykazują obecność hormonów w lizatach gruczołów dokrewnych (tarczycy, tylnego płatu przysadki i t. d.). Co zaś dotyczy swoistego działania bodźcowego — jest ono właściwością nietylko lizatów. Dlatego zdaniem Szereszewskiego nie należy uważać terapji hormonalnej za zastępczą w przeciwstawieniu do lizatoterapji jako terapji bodźcowej.

Szereszewski przyznaje możliwość aktywowania przez lizaty homologicznej tkanki gruczołowej, wątpi jednak, czy lizaty mogą działać na tkankę gruczołową atroficzną. Autor ten stosował dłuższy czas lizaty gruczołów płciowych u eunuchów, jednakże bez wpływu na stan atroficznych jąder. Stwierdzał jednak wyraźny wpływ na stan ogólny i objawy „erotyzacji".

Szereg innych autorów (Genes, Utienskij) kwestjonuje wybiórcze działanie lizatów na tkankę homologiczną. Doświadczenia na myszach z barwieniem przyżyciowem (wprowadzenie razem z lizatami 1% rozczynu błękitu trypanu) — nie wykazały wybiórczego gromadzenia się barwika w narządzie homologicznym. Nierozstrzygniętą jest również kwestja, czy istnieją w lizatach hormony i czy cały efekt lizatoterapji nie polega na działaniu hormonalnem.

Genes i Utienskij z Ukr. Instytutu Endokrynologji i Organoterapji, stwierdzili eksperymentalnie, że nie można zaprzeczyć istnienia hormonów w niektórych lizatach; niesłuszne jest jednak twierdzenie, że efekt leczniczy lizatoterapji uwarunkowany jest tylko obecnością hormonów.

Tak np. lizaty z nadnerczy w doświadczeniu na królikach wywoływały zmiany analogiczne do działania adrenaliny, a wpływ na poziom cukru we krwi nie różnił się od działania adrenaliny. Lizaty tarczycy w doświadczeniu na myszach, które poddano uprzednio działaniu acetonitrylu — dały taki sam efekt biolo-

giczny jak tyreoidyna (myszy, którym uprzednio podawano tyreolizaty nie zginęły od śmiertelnych dawek acetonitrylu, od których padły myszy kontrolne).

Na podstawie tych sprawdzianów biologicznych twierdzą Genes i Utienskij, że lizaty nadnerczy i tarczycy zawierają hormony, względnie substancje do nich zbliżone. W innych natomiast lizatach np. trzustki, jajnika i jądra hormonów nie stwierdza się. I tak lizat trzustki obniżał poziom cukru we krwi, co wskazywałoby na brak insuliny; lizat jajnika nie dawał charakterystycznej dla hormonu jajnikowego reakcji na jajnikach myszek infantylnych. Można więc twierdzić, że w niektórych lizatach hormony są zachowane, w innych ulegają zniszczeniu w czasie ich przygotowania. Ale nawet i w tym wypadku, gdy hormony są zachowane, obecność ich nie wyklucza działania innych substancyj czynnych.

Pawlenko i Kisielew twierdzą, że teorje swoistego działania na tkanki homologiczne, teorja działania plastycznego — nie są dowiedzione; zdaniem tych autorów lizaty są to preparaty o bardzo złożonem działaniu biochemicznem, zawierające conajmniej 3 składniki czynne: 1) hormony, 2) połączenia siarki, fosforu, bromu, jodu i t. d., 3) produkty rozpadu białka. Produkty rozpadu białka posiadają dwie własności: aktywują układ siateczkowo-śródbłonkowy podobnie jak nieswoista terapja proteinowa, pozatem uczulają organizm na różne czynniki farmakologiczne i hormony. Hormony znajdujące się w niektórych lizatach zostają przez te lizaty aktywowane, pozatem lizaty mogą uczulać organizm na hormony własne, które wskutek zaburzeń w organizmie zostają wyprodukowane w ilości niedostatecznej.

Autorowie odrzucają swoistość narządową lizatów, twierdząc, że każdy z lizatów ma swoiste działanie indywidualne w zależności od składu chemicznego. Stosowanie na szeroką skalę lizatów w lecznictwie już obecnie jest ryzykownym eksperymentem. Autorowie ci przestrzegają przed traktowaniem lizatów jako panaceum wszelkich schorzeń, gdyż metoda wymaga jeszcze dalszego wszechstronnego i dokładnego opracowania.

Celem skontrolowania efektywności leczniczej lizatów szereg autorów przeprowadzał badania eksperymentalne na zwierzętach. Doświadczenia przeprowadzano na 30 krowach, podzielonych na 4 grupy, którym wstrzykiwano mammolizaty, owarjo- i myolizaty; wykazały one do pewnego stopnia swoistość mammolizatu, który spowodował zwiększenie wydajności mleka u krów; w pozostałych grupach — zmniejszenie. Pozatem u wszystkich krów stwierdzono: leukocytozę z względną limfocytozą, eozynofilję i obecność komórek Türcka, które świadczą o podrażnieniu układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Zupełnie sprzeczne wyniki otrzymał Studiencow, stosując mammolizaty przy bezmleczności krów *(agalactia)*, t. zn. stanach zmniejszonej wydajności mleka lub zaniku przy braku zmian patologicznych w gruczole mlecznym względnie zmian w składzie mleka. Wbrew próbom innych autorów, którzy uzyskiwali zwiększenie wydajności mleka od 80—100% pod wpływem lizatów — Studiencow w doświadczeniach na 9 krowach stwierdził obniżenie od 30—60%. Ten odmienny wynik tłumaczy Studiencow tem, że mammolizat przygotowany był z gruczołu mlecznego kupionego na rynku, a więc gruczołu znajdującego się w stanie depresji, gdyż do uboju przeznacza się krowy z obniżoną wydajnością mleka; w gruczołach takich przeważa tkanka śródmiąższowa, natomiast w stanie zaniku jest tkanka gruczołowa. Dlatego też lizaty z takich gruczołów o budowie przeważnie łącznotkankowej działając wybiórczo na tkankę homologiczną, t. zn. tkankę łączną, zmniejszają wydajność mleka.

Dalsze badania na zwierzętach polegały na leczeniu niepłodności u krów na tle *corpus luteum persistens.* Wstrzykiwania owarjolizatu doprowadziły do rui i owulacji z następową ciążą. Hepatolizatem leczono u źrebaka ciężką niedokrewność wywołaną niewłaściwem leczeniem tasiemca. Już na trzeci dzień po wstrzyknięciu stwierdzono powiększenie ilości czerwonych ciałek krwi i wzrost hemoglobiny. Po 2 injekcjach stan wybitnie się poprawił.

Naogół stwierdzić można, że wyniki badań i próby stosowania lizatów znajdują różną ocenę i często spotykamy się z zupełnie odmiennemi wynikami badań u różnych autorów. Z jednej strony istnieje tendencja do pomniejszenia wartości lizatoterapji, która uważana jest za zwykłe uczulenie organizmu na inne substancje czynne, lub jako *„stimulans"*, względnie jako metoda lecznicza dająca tylko poprawę subjektywną i niepozbawiona czynnika psychoterapeutycznego.

Lizatoterapja stosowana jest od lat ośmiu przez Kazakowa w Państw. Instytucie przemiany materji i zaburzeń dokrewnych w Moskwie. Z 400 przypadków Basedowa leczonych lizatami osiągnięto według statystyki autora znaczną poprawę i wyleczenie w bardzo dużym odsetku przypadków; w niektórych przypadkach z czasem trwania choroby od 10—15 lat. Pozatem leczono: 160 przypadków dychawicy oskrzelowej, 80 przypadków zgorzeli samoistnej, *endarteriitis obliterans* i choroby Raynaud.

Szczególnie nadają się do leczenia lizatami zaburzenia cyklu miesiączkowego: z 103 przypadków metropatji krwotocznej typu Schrödera krwawienia ustały w 94 przypadkach, wystąpił regularny cykl miesiączkowy utrzymujący się od lat 6. W 126 przypadkach braku miesiączki — przywrócenie prawidłowego cyklu miesiączkowego. Pozatem stosowano lizaty w chorobach skórnych, nerwowych (padaczka, schizofrenja). Przy cukrzycy (46 przypadków) nie stwierdza Kazakow wyraźnego wpływu dodatniego, gdyż zachodziła konieczność stosowania ścisłej diety i insuliny. Badanie kontrolne chorych leczonych lizatami wykazało trwałość wyników leczenia do 5 miesięcy w 80% przypadków.

Inne kliniki stosowały lizaty w schorzeniach krtani, górnych dróg oddechowych, przy *ozaena,* zanikowym nieżycie nosa, przewlekłych schorzeniach migdałków, schorzeniach reumatycznych; wyniki leczenia są naogół dość nikłe i nie różnią się od wyników osiągniętych innemi dotychczasowemi metodami leczenia.

Liczne piśmiennictwo rosyjskie dotyczące histolizatów i prace licznych współpracowników Tusznowa, a także badania przeprowadzone w innych laboratorjach i klinikach, do pewnego stopnia potwierdzają fizjologiczną aktywność histolizatów. Jednakże charakter działania histolizatów, a szczególnie ich mechanizm, nie został dotychczas wyjaśniony.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Lekarz Wojskowy. T. XXIV. Nr. 4. 1934. Owczarewicz L. i Sokołowski T.: Obecny stan leczenia zakażonych ran wojennych. — Popowski St.: Podstawy bodźcowego leczenia gruźlicy w wieku dziecięcym. — Szulc G.: Reforma studjów lekarskich. (dok.). — Karyszkowski L.: W sprawie polowych pracowni bakterjologicznych. — Mikulewicz K.: Praca społeczna lekarzy Korpusu Ochrony Pogranicza.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna. T. XVIII. Z. 3—4. 1934. Kaulbersz J. i Wischnowitzer E.: Oporność krwinek w sztucznie obniżonem ciśnieniu. — Goebel F.: Wpływ wyciągów mięśniowych na poziom cukru we krwi. — Meisel H. i Mikulaszek E.: O zmienności pałeczek odmieńca swoistego. — Landesman M.: Studja nad intensywnością i charakterem ruchu B. prodigiosum w zależności od stężenia i zmian regulujących jonów H podłoża. — Ławrynowicz A. i Stankowska M.: Ścięte białko jaja kurzego, jako podłoże do badania zdolności barwikotwórczej drobnoustrojów. — Lurje R.: Działanie wyciągu witaminowego (B) na niektóre własności drobnoustrojów. — Landau M.: Wpływ glikokolu na amylolityczny proces zcukrzania skrobi. — Finkel A.: Obraz cytologiczny krwi u ludzi karmiących wszy. — Gutman J.: Studja z dziedziny hemolizy.

Wiedza Lekarska. Nr. 8. 1934. Ferber M.: Ostre i przewlekłe schorzenia migdałków.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 17. 1934. Czerwiński St.: Rola lekarza przy stosowaniu środków zabezpieczających w walce z przestępczością (dok.).

Prasa Lekarska. Nr. 9. 1934. Miesięcznik referatowy.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 169. 1934. Szabłowski J.: Oparzenia iperytowe skóry zwierząt. Deziperytaż i ogólny zarys leczenia oparzeń iperytowych. — Górniewicz Z.: Woda skażona iperytem i odkażanie. — Górniewicz Z.: Obrona przeciwgazowa w zakresie służby weterynaryjnej.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 35. 1934. Krauze St.: Badania nad mate-herbatą Ameryki Południowej (c. d.). — Strzembosz: O wierzytelnościach dolarowych.

Pielęgniarka Polska. Nr. 7—8. 1934. Czajkowska-Antoniewiczowa H.: Pielęgniarki wśród powodzian. — Kulczyńska T.: Uwagi o pielęgniarstwie prywatnem (dok.). — Legutkówna H.: Organizacja Koła Młodzieży Czerwonego Krzyża w szkole powszechnej w Krakowie.

OCENY.

Diagnostic clinique. (Diagnostyka Kliniczna). (Examens et symptomes). A. MARTINET. Avec la collaboration des Docteurs Desfosses. Georges Laurens, Léon Meunier, Lutier, Saint-Cêne et Terson. Sixième Édition, Masson et Cie. Éditeurs. Libraires de l'Académie de Médecine. (XV + 1138).

Książka, którą mam zamiar streścić, odznacza się tem, co się odrazu wyczuwa ale niełatwo jest wyrazić. Jest w niej oryginalność złączona ze specjalnym urokiem, właściwym tylko nielicznym dziełom. Głębsza analiza zjawiska nie doprowadza do wyniku, zacierają ją szczegóły. Najprawdopodobniej działa tu kultura autora, która w najprostszym opisie wywiera swój wpływ na czytającego. Jeżeli przeczytać jakiś ustęp, ma się to specyficzne wrażenie, które towarzyszy każdej części książki. To, co określiłem, stanowi ducha całego dzieła. Reszta to rzeczy naogół znane ale bardzo oryginalnie podane i wspaniale ilustrowane (879 rysunków, tablic barwn. i t. p.).

Przedmowa i program dzieła rozpoczyna książkę. Pierwszy tom obejmuje ogólne uwagi diagnostyczne (warunki dobrej diagnozy, błędy diagnostyczne, metodyka rozpoznawcza; wymogi współczesnej organizacji lekarskiej, rzut oka na przyszłość) i szczegółową diagnostykę (narząd oddechowy, przewód pokarmowy, narząd krążenia, n. moczowopłciowy, system nerwowy i narząd wzrokowy). Ponadto duży dział omawiający technikę bakterjologiczną, odczyn Bordet-Gengou, o. Wassermanna i diagnostykę biologiczną gruźlicy. Wykrywanie prolanu. Zjawiska anafilaktyczne. Antropometrja. Przemiana podstawowa, interferometrja, kwasowość i zasadowość. Drugi tom zatytułowany przez: symptomy, obejmuje je alfabetycznie ujęte: a więc adenopatję, albuminurję, *alopecia,* wychudzenie *(amaigrissement)* anemię, anginy, afonje (chrypki), artralgje, arytmje, *ascites,* astma, dzwonienie w uszach *(bourdonnement d'oreille),* bradykardja, ból głowy, śpiączka *(coma)* i t. d. Rzecz wspaniała i bogato ilustrowana. Niektóre ustępy jak np. arytmje, wysypki, bóle w hipochondrjach, bóle w *fossa iliaca dextra* i *sinistra,* bóle w kończynach — znakomite. Naogół wszystkie ustępy pięknie opracowane. A jest ich 64 (613—1114 str., ryc. 552—879). Na zakończenie prócz alfabetycznego spisu rzeczy także i alfabetyczne zestawienie autorów, którym zawdzięczamy ważne kliniczne objawy. Czytałem ogromne mnóstwo podręczników tego typu a mimo to lektura książki Martineta wywarła na mnie swoiste, przemiłe wrażenie.

Mimo, iż to co czytałem, było znane, nowe było ujęcie i całkiem nowym duch dzieła, który brał czytającego w swe władztwo i kazał się podziwiać. Mimo, iż dzieło daje masę trudnych wiadomości, nie czuje się tego — czyta się lekko, z wielką przyjemnością. Ryciny robią treść jeszcze przejrzystszą, widzi się wprost wszystko naocznie, bezpośrednio. Diagnostyka Martineta stanowi piękny przykład dzieła o dużej pedagogicznej wartości, którego lektura jest przemiła, niemęcząca, a wielokroć przewyższa wartością pedagogiczną bardzo wiele innych podręczników.

Szata zewnętrzna wytworna. Druk bardzo staranny. Ryciny, tablice i t. p. znakomite.

H. Sochański (Lwów).

Artriti e Reumatismi. (Zapalenia stawów i gościec). Choroby narządów ruchu, stawów, mięśni i kości. ANGELO CECONI. Edizioni Minerva Medica Torino. 1934. Stronic X. + 396.

Prof. Ceconi — autor kilku monografij z dziedziny medycyny wewnętrznej, a zwłaszcza chorób przemiany materji jak dny, daje w ostatniem swem dziele całokształt wiedzy dzisiejszej o zapaleniach stawów i o gośćcu. Dzieło to ujęte we formie 5 (pięciu) wykładów, w przystępnym i pięknym stylu daje możność lekarzowi-praktykowi — dla którego praca ta jest poświęcona — zorjentowania się w dzisiejszych poglądach na istotę tychże schorzeń i ich leczenie.

W pierwszym wykładzie omawia autor chorobę gośćcową w jej przejawach stawowych, sercowych, nerwowych, ocznych i t. d. — występującej bądźto izolowanie, bądźto skombinowanie np. jako zapalenie stawów łącznie z zapaleniem wsierdzia, lub tęczówki i inne. Poruszając tło choroby gośćcowej autor omawia krytycznie teorję ognisk zakażenia i alergji — skłania się do przyjęcia jako tła nieznanego dotąd czynnika bakteryjnego.

W drugim i trzecim wykładzie autor systematyzuje choroby gośćcowe. Najpierw porusza trudności w określeniu pojęcia gośćca, ujmując jako choroby gośćcowe te schorzenia, które „dotyczą mięśni, kości i stawów, o ile charakteryzują się bólem, przyjętym ogólnie jako objaw gośćcowy". Autor sam uważa określenie to jako nieścisłe i niezupełne, z czem się w zupełności zgadzam. Następnie wspierając się na mianownictwie międzynarodowej Ligi dla Walki z gośćcem, podaje autor własne mianownictwo: A. 1) Ostry gościec stawowy pierwotny. 2) Ostry gościec stawowy wtórny o znanem tie zakaźnem (wiewiór, dur i t. d.). 3) Gościec stawowy przewlekły pierwotny i wtórny. 4) Schorzenia stawowe zniekształcające (artropatje). 5) Schorzenia przewlekłe kręgosłupa (formy zapalne i zwyrodnieniowa). 6) Rzadkie schorzenia stawowe (nerwowego pochodzenia — wiąd rdzenia, jamistość rdzenia, choroba Perthesa, Köhlera i t. d.).

B. Inne schorzenia kości, torebek stawowych, pochewek ścięgnistych i t. d. C. Dna prawdziwa. D. Gościec mięśniowy i zapalenia mięśni. E. Schorzenia nerwów — bóle i zapalenie n. kulszowego i innych nerwów.

Wykład czwarty. Etjologja i patogeneza. Ani dane kliniczne, ani też laboratoryjne dotąd tła gośćca nie wykryły. Teorja bakteryjna jako taka, jakoteż pod formą ognisk zakażenia, lub pod formą alergji — zawiodły. Autor odrzuca stanowczo łączność między ostrym a pierwotnym przewlekłym gośćcem stawowym. Również teorja przyjmująca jako tło schorzenia gruczołów dokrewnych zawiodła.

W wykładzie ostatnim autor omawia rozpoznanie, rozpoznanie różniczkowe i leczenie. Leczeniu autor poświęcił tylko 23 stronic, szkicując tylko najgłówniejsze dane — stąd pewne nieścisłości np. zalecenie, by ograniczyć ilość zastrzyków *yatren-caseini* do 6—8, a allochrysyny do 6-ciu. Omawiając etjologię ostróg kostnych kości piętowej — autor pominął zupełnie rzeżączkę z jej powikłaniami — co mojem zdaniem winno być wymienione na pierwszem miejscu — potem inne przyczyny jak dna i t. d.

Dzieło to drukowane jest na pięknym kredowym papierze, bogato ilustrowane dobremi rentgenogramami i rycinami preparatów anatomo-patologicznych; uzupełnia je bogate piśmiennictwo, zajmujące 48 stronic. Dzieło to tak przez jasne jak i krytyczne ujęcie doświadczonego klinicysty, jakim jest autor, należy zaliczyć jako cenny dorobek w światowej literaturze reumatologicznej.

Mester (Kraków).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Czy stosowanie surowicy przeciwbłoniczej jest rzeczywiście w błonicy zbyteczne? RIETSCHEL. Med. Klin. Nr. 15. 1934.

Autor omawia pracę Herm. Zischinsky'ego *„Die Wiener Diphtherie-Endemie der letzten Jahre"* obejmującą 7.995 przypadków, które zgłosiły się do szpitala Wilhelminy we Wiedniu między rokiem 1926—1932.

Autor nie zgadza się z tonem książki, która wypowiada wojnę surowicy i z twierdzeniem Zischinsky'ego że „nic" nie przemawia za działaniem surowicy przeciwbłoniczej. Z wiedeńskiej statystyki omawianej w pracy Zischinsky'ego wynika, że śmiertelność na błonicę wzrasta od roku 1926 i osiąga najwyższy punkt w roku 1929 (253 przypadków śmierci), ale jednak śmiertelność względna utrzymuje się zwykle na wysokości 5—6%.

Przed wprowadzeniem surowicy w r. 1892 śmiertelność na błonicę w Wiedniu dosięgła 36,4%, a więc była 6—7 razy większa.

Bokay wykazał, że liczba zachorowań w Budapeszcie na błonicę w okresie przed wprowadzeniem surowicy wynosiła 32—61%. Obecnie Budapeszt posiada odsetek śmiertelności tylko 10% a w ostatnich latach 5,34% (rok 1913), pomimo częstszych złośliwych postaci.

W pracy Zischinsky'ego brakuje, zdaniem autora, zestawienia doświadczeń o dobrych wynikach, przy niestosowaniu surowicy, natomiast całe powodzenie leczenia surowicą odrzuca Zischinsky dlatego, że nie pomaga ona przy ciężkich postaciach błonicy.

Zischinsky podawał tylko niskowartościową surowicę, zawierającą 250—300 J. O. w 1 cm^3. Rozpiętość dawek zaś była olbrzymia od 5.000 J. O. do 300.000 J. O., w 1 przypadku zastosował nawet 683.000 J. O. Wprowadzał więc do ustroju czasami 1—1½ litra surowicy, częściowo dożylnie.

Nic dziwnego zdaniem autora, że Zischinsky miewał wrażenie, że zastrzyk surowicy spowodował śmierć (6 przypadków), co możliwem jest przy tak dużych dawkach surowicy, szczególnie wstrzyknięcie 100—300 cm^3 dożylnie mogło okazać się zbyt dużem obciążeniem dla krwiobiegu.

Autor zaznacza, że podaje jako najwyższe dawki do 25.000 J. O. Zischinsky w swej pracy podaje, że surowica zastosowana w I-ym dniu choroby daje śmiertelność 0,97%, w II—VI 4,33%, od VI 13,93%, nie wyprowadza jednak żadnych wniosków

z tych zestawień. Natomiast twierdzi, że przeciw surowicy przemawia: 1) wysoka śmiertelność w ciężkich postaciach błonicy, 2) brak różnicy działania małych czy dużych dawek, 3) brak różnicy działania zależnie od sposobu podania surowicy, 4) nierzadkie przypadki zejścia śmiertelnego po bardzo wczesnem zastrzyknięciu surowicy. Autor zarzuca Zischinsky'emu brak doświadczeń na zwierzętach.

Autor kończy krytykę tem, że kliniki nie mają dotąd żadnej podstawy do odrzucenia surowicy, tem bardziej, że całe leczenie surowicą nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione.

J. Jaskólska (Kraków).

Przyczynek do padaczki wieku dziecięcego. RUPILIUS. Med. Klin. Nr. 18. 1934.

Na podstawie 113 przypadków, stanowiących materjał kliniczny, autor dochodzi do wniosku, że kiła i alkoholizm rodziców są przeceniane w sprawie powstawania padaczki.

Kiła rodziców bez objawów u dzieci mogła być zaledwie w 3-ch przypadkach uznana za przyczynę padaczki. Stosunek uszkodzeń porodowych do padaczki też tylko w ograniczonej ilości da się wykazać.

Co do dziedziczności, to 23 przypadki bardziej, czy mniej pewnie mógł autor odnieść do obciążenia dziedzicznego, przyczem u jednego z rodziców stwierdzono matołectwo, psychopatję, neuropatję.

Co do objawów, to widywano trwanie napadów padaczkowych od 1 minuty do 15 minut; spostrzegano wzmożenie odruchów ścięgnistych, nierówne odruchy ścięgniste, spastyczne zjawiska połowy ciała lub organicznego zasięgu, przejściowe hemiplegje z wiotkiemi porażeniami, przejściową głuchotę.

Oddzielnie donosi autor o 2 przypadkach padaczki odruchowej, stanowiącej dowód, że napady padaczkowe mogą powstać wywołane bodźcami obwodowemi np. zabiegami ortopedycznemi, i jest zdania, że nie należy w tych przypadkach używać nazwy padaczki odruchowej a raczej drgawek odruchowych, ponieważ objawy te przechodzą i nie powtarzają się.

W leczeniu na pierwszym planie stawia autor zmianę otoczenia, pozatem sugestję, środki jak luminal i brom, leczenie gorączkowe np. zimnica nie wywołuje poprawy, raczej pogorszenie. Rentgenologiczne naświetlania odnoszą niekiedy doskonały skutek.

Encefalografja oddaje usługi jako sposób pomagający zróżnicować *„residua epilepsiae"* od padaczki wrodzonej. Tem bardziej powinna być chętnie stosowana, ponieważ ma dodatni wpływ leczniczy (zniknięcie napadów w 3 części poddanych encefalografji przypadków). Autor rozważa możliwość zależności padaczki od zmian w nadnerczach spostrzeganych na sekcjach epileptyków i powołuje się na Brüning'a, który oczekuje od częściowego wycięcia nadnerczy dobroczynnego wpływu na padaczkę.

J. Jaskólska (Kraków).

Klinika zapalenia płuc we wczesnem dzieciństwie. S. W. RODKIN i E. M. TURCZINA (Charkow). Wracz. Dieło. Nr. 9. 1933 r.

W powstawaniu zapalenia płuc we wczesnem dzieciństwie znaczną rolę odgrywają warunki socjalne: złe warunki mieszkaniowe, brak świeżego powietrza, wadliwe odżywianie. Przewlekłe zaburzenia w odżywianiu są przeważnie przyczyną zwiększonej chorobliwości, a nie śmiertelności skutkiem zapalenia płuc. Zejście śmiertelne we wczesnym wieku jest związane z nieustalonemi jeszcze warunkami odporności biologicznej.

Zapalenie płuc w wieku wczesnym jest schorzeniem ogólnem i dlatego klasyfikacja na podstawach anatomo-patologicznych nie nadaje się do celów klinicznych.

M. Segal (Lwów).

Dziecięca coeliakia, a przewlekłe zaburzenia jelitowe z odwapnieniami kości u ludzi dorosłych. H. WENDT. Med. Klin. Nr. 6. 1934.

Autor opisuje u osobnika dorosłego zespół objawów spotykanych u dzieci pod nazwą *coeliakia.* Wystąpiły bowiem ciężkie objawy jelitowe z wysiękiem zapalnym do światła jelita, wytwarzając zwierciadło płynu w jelitach w obrazach rentgenowskich, zwężenia jelitowe, oraz za szybkie opróżnianie się treści jelitowej, ponadto stwierdził ascenzję pałeczki okrężnicy do dwunastnicy. Objawom tym towarzyszyły utrata wagi ciała, odwapnienia kostne, samoistne złamania kości, obniżenie poziomu wapnia i fosforu we krwi, ataki tężyczki ze zmniejszonym zasobem zasad, spłaszczaniem krzywej obciążenia cukrowego we krwi oraz niedokrwistość niedobarwliwa ze zmniejszeniem ciałek białych krwi.

Z. Godłowski (Kraków).

Podostra ziarnica złośliwa pod postacią choroby Simmondsa. L. POPPER. Med. Klin. Nr. 49. 1933.

W przypadku wrzodziejącej postaci ziarnicy złośliwej żołądka i jelit wystąpiły objawy chery, podciśnienie, a następnie niedomoga mięśnia sercowego, rozlane przebarwienia skóry, świąd skóry, wypadanie zębów i włosów. Pod koniec dołączyły się biegunki z tłuszczowemi stolcami oraz zjawiła się w moczu melanina. Tym objawom towarzyszyła niedokrwistość o typie wtórnym z eozynofilją. Poziom cukru we krwi wynosił 292 mg %. Po trzymiesięcznem trwaniu schorzenia nastąpiło zejście śmiertelne, a rozbiór zwłok potwierdził rozpoznanie kliniczne.

Z. Godłowski (Kraków).

Rola dziedziczności w nadciśnieniu tętniczem. D. AYMAN. Arch. of Int. Med. Nr. 5. 1934.

Statystyka wykazuje, że u dzieci, braci, sióstr i rodziców osobników cierpiących na nadciśnienie tętnicze często daje się wykazać lżejsze lub większe podwyższenie ciśnienia krwi.

Z. Tomanek (Lwów).

Zastosowanie pituitryny przy wrzodach żołądka i wzmożonem wydzielaniu. M. J. RAPAPORT. Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 1. 1934.

Czynność komórek żołądkowych jest uzależniona od wpływu różnych czynników, działających na aparat gruczołowy i nerwowy. Opierając się na doświadczeniach na psach, u których otrzymano zmniejszenie wydzielania żołądka pod wpływem małych dawek pituitryny, A. przeprowadził badania na chorych z wrzodem żołądka i wzmożonem wydzielaniem.

Pod wpływem podawania pituitryny, jednego grama na dobę w ciągu 5 dni, stwierdzono wyraźne obniżenie kwasoty żołądka, zmniejszenie wydzielania i poprawę podmiotową. Pituitryna w tej dawce nie wywoływała zaburzeń motorycznych żołądka i nie dawała objawów ubocznych.

M. Segal (Lwów).

Zatrucie związkami barbiturowemi (weronalem). Traktowanie koraminą. ALFREDO BUZZO Y GUIDO COSTA BERTANI. Revista de la Asociacion Medica Argentina. Sept. 1933. T. XLVII. Str. 3138.

Zwykłe zabiegi zawiodły w przypadku zatrucia weronalem, poddanym leczeniu w 12 godzin po próbie samobójstwa. Po dalszych 9 godzinach chora jeszcze była nieprzytomna. Zastrzyknięto powoli 5 cm^3 koraminy dożylnie, poczem pacjentka natychmiast otworzyła oczy i z płaczem pragnęła ujrzeć swoją matkę. Działanie tego zastrzyku autorowie nazywają istotnie dramatycznem. Kiedy chora ponownie wpadła w stan odrętwienia, wstrzyknięto znów dożylnie 5 cm^3, poczem niebezpieczeństwo ostatecznie minęło, a chora się obudziła.

Naftali w dyskusji przytacza również przypadek pomyślnego zastosowania koraminy w zatruciu kwasem barbiturowym.

Carratalá jest przekonany o wielkiem znaczeniu koraminy w leczeniu zatruć. Potwierdził on doświadczenia kliniczne drogą prób doświadczalnych, które podał w swojem dziele *„Los barbituricos".*

Dr. Fr. Sienicki (Warszawa).

Jonogalwanizacja histaminowa jako metoda lecznicza. M. B. KOGAN i E. J. PASYNKOW (Moskwa). Klinicz. Med. T. XII. Nr. 4. 1934.

Fizjolog Starling określa mianem hormonu nietylko produkty wydzielania wewnętrznego gruczołów, ale także każdą substancję, która w prawidłowych warunkach wytwarza się w niektórych tkankach organizmu zwierzęcego, a dostając się do krwiobiegu daje reakcje ważne dla całego organizmu. Między temi substancjami określanemi mianem hormonów tkankowych, parhormonów, hormonów rozpadu komórkowego a hormonami istnieje jednak istotna różnica, gdyż cechą dominującą hormonów tkankowych jest ich działanie miejscowe i znaczenie w miejscowej regulacji tkankowej.

Spośród hormonów tkankowych najważniejszym jest histamina, która dzięki znanej swej toksyczności dotychczas była badana przeważnie pod względem toksykologicznym i dopiero w ostatnich czasach znalazła zastosowanie jako środek rozpoznawczy (utajony bezsok żołądkowy, żółtaczka, rozpoznawanie zgorzeli samoistnej, próba kliniczna określania szybkości krwiobiegu) i leczniczy (dychawica oskrzelowa, migrena, stany alergiczne, niedokrewność pierwotna i wtórna, przewlekła białaczka. schorzenia gośćcowe, bezsok żołądkowy, jaskra, choroba Raynaud'a, chromanie przestankowe i inne). Przy podrażnieniu skóry odbywa się proces chemiczny, w czasie którego z histydyny znajdującej się we wszystkich komórkach skóry tworzy się histamina (Lewis, Trendelenburg), która wywołuje rozszerzenie

naczyń, zaczerwienienie skóry, poczem uniesiona z prądem krwi przejawia swoje działanie ogólne. Histaminę jako środek leczniczy wprowadza się doskórnie lub podskórnie, a wynik leczniczy jonogalwanizacji histaminowej polega na silnem przekrwieniu, które zmienia procesy regulacji naczyniowej. Autorowie stosowali j. g. h. w 138 przypadkach przewlekłych schorzeń gośćcowych. Stosowano jonogalwanizację z histaminą w rozcieńczeniu 1:10.000 z dodatniego bieguna, z dużą elektrodą na całą powierzchnię chorego stawu, przy sile prądu 4—10 mA, czas trwania 1—12 minut.

Efekt uzyskano już po 3—4 zabiegach, przyczem zaczerwienienie skóry można było zaobserwować już po 1—3 min. od chwili włączenia prądu. Najlepsze wyniki lecznicze osiągnąć można w przypadkach gośćcowych ostrych i podostrych.

M. Segal (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Znaczenie maksymalnej ilości bólów porodowych w związku ze stawianiem wskazań położniczych. E. W. WINTER. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 105. Z. 2. 1933.

Autor opiera się na materjale wynoszącym 490 przypadków i dochodzi do wniosku, że licząc według zaleceń Freya ilość bólów porodowych, można łatwiej i ściślej przeprowadzić granicę między prawidłowym a patologicznym przebiegiem porodu. Znaczenie to ma przedewszystkiem dla lekarza praktyka i akuszerki z tem jednak zastrzeżeniem, że błędem byłoby odczekać ową maksymalną ilość bólów i dopiero potem w razie braku postępu porodowego odesłać rodzącą do kliniki.

Obserwacje autora wykazują, że i po przekroczeniu maksymalnej cyfry bólów podanej przez Freya może się urodzić dziecko żywe siłami przyrody, bez szkody dla matki. W przygniatającym odsetku przypadków ilość bólów potrzebnych do ukończenia porodu jest znacznie niższa niż cyfra maksymalna podana przez Freya. Wskazaniem do czynnego postępowania wśród porodu nie powinna być jedynie sama cyfra bólów ale i wszystkie inne okoliczności, które dotychczas doświadczony położnik brał pod uwagę. *Zb. Rychłowski* (Lwów).

Wpływ przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego na przebieg porodu. S. LIEBHART i Z. RYCHŁOWSKI. Ginek. Pol. T. XII. Z. IV—VI. 1934.

Istnieją 2 rodzaje przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego: właściwe przedwczesne pęknięcie pęcherza przed wystąpieniem bólów porodowych i niewczesne już po rozpoczęciu się czynności porodowej. Pęknięcie pęcherza przedwczesne nie jest w stanie wzniecić porodu; czynność porodowa może wystąpić później z rozkładem jaja płodowego, które macica stara się wydalić jako ciało obce. Natomiast pęknięcie pęcherza w okresie zbliżonym do mającego się rozpocząć porodu ma wyraźny wpływ na wywołanie lub przyspieszenie czynności porodowej. Autorowie nie stwierdzili niekorzystnego wpływu na przebieg połogu po niewczesnem pęknięciu pęcherza.

Zdaniem Autorów pęknięcie pęcherza jest prawdopodobnie zależne od wpływów hormonalnych. *M. Segal* (Lwów).

Przyczynek do etjologji gorączki połogowej. LUISE-LOTTE HORN. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 1—2.

Opierając się na danych z piśmiennictwa i swoich własnych spostrzeżeniach, dotyczących 800 przypadków, zwraca autorka uwagę na niebezpieczeństwo stosunków płciowych dla ciężarnych w ostatnich miesiącach ciąży. Niebezpieczeństwo to polega w pierwszym rzędzie na możliwości zakażenia podczas porodu i w połogu; u wieloródek pozatem grozi możliwość przedwczesnego odejścia wód płodowych, ponieważ szyja macicy u tych ciężarnych pod koniec ciąży staje się drożną. Autorka szczegółowo opisuje 3 przypadki ciężkiego zakażenia połogowego, z których w jednym nastąpiło zejście śmiertelne. Ani przebieg porodu, ani charakter 3 okresu porodowego nie odbiegał od normy, rodzące nie były badane przez pochwę. Jedyną nieprawidłowością, wspólną dla wszystkich był stosunek płciowy, wykonany w dzień porodu, względnie dwa dni przedtem. Autorka jest głęboko przekonana, że to właśnie stało się przyczyną ciężkiego zakażenia u tych chorych.

W pierwszych miesiącach ciąży obcowanie płciowe może wywołać poronienie, jak na to wskazują dane z piśmiennictwa. Dlatego autorka uważa za konieczne, ażeby lekarze i poradnie dla ciężarnych uświadamiały kobiety ciężarne o konieczności wstrzymywania się od stosunków płciowych w pierwszych trzech i w ostatnich dwóch miesiącach ciąży.

J. Lenczowski (Lwów).

Wyniki po cięciu cesarskiem. A. v. SCHULTZ. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 3.

Na 152 przypadków cięć cesarskich, wykonanych w ostatnich 6 latach na klinice w Budapeszcie, ani jedna operowana nie zmarła, podczas gdy poprzednio odsetek śmiertelności po tym zabiegu wynosił 0.47% (statystyka oczyszczona). Te dobre wyniki operacyjne zawdzięcza klinika niektórym szczegółom techniki operacyjnej, na które autor szczególnie zwraca uwagę. A więc zarzucenie narkozy, a zastąpienie jej znieczuleniem miejscowem. Początkowo stosowano tylko napojenie powłok brzusznych roztczynem nowokainy, a dodatkowo odurzano eterem. Obecnie zaś wyeliminowano zupełnie eter, a używa się skombinowanej metody znieczulenia okołokręgowego i powłok brzusznych, do którego czasami okazuje się potrzeba dodania znieczulenia więzadeł macicy według techniki, wypracowanej przez Frigyesi (patrz *Mschr. f. Gyn.* T. 90. 1932). Drugi szczegół techniki operacyjnej, na który autor kładzie niemniejszy nacisk, to staranne obkładanie kompresami powłok brzusznych, jako dokładne odseparowanie jamy brzusznej od macicy przed jej przecięciem. Wogóle zwraca się w klinice budapeszteńskiej szczególniej uwagę na aseptykę, posuniętą wprost do pedantyzmu. Cięcie macicy wykonuje się przeważnie w dolnym odcinku podłużnie, macicy nigdy nie wyłania się nazewnątrz. U niektórych chorych wykonano cięcie klasyczne. W pewnym odsetku przypadków po wykonaniu cięcia cesarskiego odcięto macicę nadpochwowo sposobem Chrobaka. Usunięcie macicy uwarunkowane było rozpoczynającem się zakażeniem macicy albo jej nowotworami.

Czas odejścia wód płodowych i ciepłota rodzącej w momencie operacji okazują niewątpliwy wpływ na przebieg pooperacyjny. Jednakowoż w klinice budapeszteńskiej, nawet w przypadkach niepewnych co do czystości wykonuje się często cięcie cesarskie, jak to widać ze statystyki autora (w $16^1/_2$% chore gorączkowały do 37.5°, — w 4% do 38°, — w 2.8% ponad 38°). W ostatnich latach w przypadkach zakażonych stosuje się pewną modyfikację cięcia cesarskiego, polegającą na tem, że przed przecięciem ściany macicy przyszywa się otrzewną ścienną do otrzewnej macicy, a po ukończeniu cięcia ces., a więc po zeszyciu macicy najpierw jodynuje się powierzchnię przyranną macicy, a później dopiero przecina się szef łączący obie otrzewne. Powłoki brzuszne zeszywa się z pozostawieniem małego otworu w dolnej części rany, przez który przeprowadza się sączek do jamy brzusznej. Sączek usuwa się po 2 dniach, a później w celu szybszego zagojenia się otworów w powłokach zaciąga się założony, ale niezaciągnięty podczas operacji na ten otwór szef z *silkvorm'u.*

Co do wskazań do cięcia ces., to klinika budapeszteńska zajmuje miejsce pośrednie pomiędzy skrajnym konserwatyzmem a radykalizmem, co znajduje swój wyraz w częstości wykonywania tej operacji (2% wszystkich porodów). 66% tych wskazań dały ścieśnienia miednicy miernego stopnia. W drgawkach porodowych cięcie ces. stosuje się w klinice tylko w przypadkach bardzo ciężkich i to na początku porodu. Łożysko przodujące, zwłaszcza centralne, lub boczne, stanowiło częsty powód rozwiązania drogą brzuszną. Wreszcie w niektórych przypadkach zachodziły wskazania rzadsze — a to choroby serca, gruźlica krtani, wypadnięcie pępowiny, nieprawidłowe wstawianie się główki, starszy wiek rodzących pierwiastek i inne.

J. Lenczowski (Lwów).

Zatory oleiste podczas histerosalpingografji. M. de TORRES-OVIEDO. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst., z. 3, 1934.

Przedostawanie się lipjodolu do naczyń może się zdarzyć podczas nieumiejętnego wstrzykiwania pod zbyt dużem ciśnieniem, w przypadkach niedorozwoju macicy, o ile trąbki nie są drożne i najczęściej podczas krwawienia z macicy. Powikłanie to, zdaniem autora, zdarza się dość często, nie dając jednak żadnych objawów, zajmuje tylko drobne naczynia i dlatego może być przeoczone. Aby uniknąć takich przypadków, które czasem mogą dawać groźniejsze objawy, autor zaleca we wszystkich przypadkach krwawień z macicy wstrzymać się z uterografją aż krwawienie ustanie zupełnie, a wtedy podczas zabiegu należy wprowadzić do macicy miękką sondę, aby nie uszkodzić śluzówki macicy. *H. Newlińska* (Lwów).

Dane statystyczno-kliniczne do sprawy zakrzepów i zatorów. K. PODLESCHKA. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 4—5.

Staranne opracowanie statystyki klinicznej, uwzględniające etjologję, przebieg kliniczny, wpływ zabiegu operacyjnego, charakter choroby i t. d. W krótkim referacie niepodobna uwzględnić mnóstwa szczegółów, które podnosi autor. Naogół stwierdza on, że po zabiegach operacyjnych zatory i zakrzepy występują

8 razy częściej, niż u chorych ginekologicznych, leczonych zachowawczo. W przypadkach operacyjnych rodzaj choroby wywiera wpływ na odsetek zakrzepów i zatorów o tyle, o ile ta lub owa choroba wymaga mniejszego lub większego zabiegu. Najwięcej niebezpieczna z tego względu okazała się operacja Wertheima w raku macicy i wycięcie sromu. Stosunek zakrzepów do zatorów wyraża się liczbą 4:1 i to bez względu na to, czy zakrzep powstał w związku z operacją, czy też nie. Z chorób, leczonych zachowawczo najwięcej usposabiają do zakrzepów stany septyczne po porodach i poronieniach. Statystyka z lat od 1920 do 1932 wykazała pewne, lecz niezbyt istotne wahania procentowe w występowaniu zakrzepów i zatorów, przyczem szczyt wzniesienia krzywej przypada na lata 1924—1925, dół — na rok 1927. Wpływu pory roku autor nie zauważył. Co się tyczy zapobiegania, oraz leczenia zakrzepów i zatorów, to autor naogół nie różni się od ogólnie przyjętych poglądów w omawianej sprawie. *J. Lenczowski* (Lwów).

Promienie pozafiołkowe w leczeniu zapaleń szyi macicy, zastosowanie nowej lampy o wysokim prądzie. Sposób stosowania i wyniki. HEINTZ-BOYER, GOUDE-AXELLOS i GROLLET. Soc. Fr. de Gyn., z. 1, 1934.

Od 2 lat stosowali autorowie promienie pozafiołkowe, wytwarzane przez lampę podaną przez Goude-Axellos'a i Cleude'a z dobremi wynikami, nawet w przypadkach zadawnionych i opornych na innego rodzaju leczenie, oraz w przypadkach spraw zapalnych i owrzodzeń leżących głębiej w szyi. Autorzy polecają ten łatwy i niezawodny sposób leczniczy, podając technikę i wyniki. *H. Newlińska* (Lwów).

Przyczynek do kazuistyki guzów o błonie śluzowej macicy w pępku. O. HEERBERZ (Helsingfors). Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 95. Z. 4—5.

Po szczegółowem rozważeniu ogłoszonych dotychczas przypadków endometrjozy w pępku, dorzuca autor swoje trzy przypadki. W jednym z nich chodziło prawdopodobnie o operacyjne wszczepienie cząstek błony śluzowej macicy w utkanie pępka, gdyż chora ta zachorowała wkrótce po operacji wyłuszczenia włókniaków macicy. W dwóch innych etjologja jest niewyjaśniona, gdyż chore żadnego zabiegu nie przechodziły, nie rodziły, i tylko jedna roniła przed 8-miu laty. Klinicznie wszystkie te przypadki dawały typowe objawy, a więc w okolicy pępka tworzyły się niewielkie guzki, silnie obrzmiewające, a nawet krwawiące podczas miesiączki. Usunięte guzy wykazały drobnowidowo utkanie typowe dla błony śluzowej macicy.

J. Lenczowski (Lwów).

Zarośnięcia i nabyte zwężenia ujścia zewnętrznego macicy. F. JAYLE. Soc. Fr. de Gyn., z. 1, 1934.

40-letnie doświadczenie pozwala autorowi uważać powyższe zmiany nie za objaw sprawy miejscowej, lecz jako następstwo zaburzeń troficznych, spowodowanych niedomogą a nawet zanikiem czynności jajników. Wszelkie zabiegi na szyi lub części pochwowej macicy zależą od działania jajników — im sprawniej one działają, tem lepsze wyniki.

Zwężenia i zarośnięcia szyi mogą być 1) urazowe lub nabyte i 2) samoistne, t. j. takie, które powstają bez widocznego powodu, np. uraz, leczenie miejscowe i t. p. Te ostatnie zdarzają się przeważnie u osób, u których jajniki mają tendencję do zmian sklerotycznych. Następnie autor omawia symptomatologję i leczenie. *H. Newlińska* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół z XI. posiedzenia naukowego odbytego dnia 4 maja 1934 r.

Przewodniczy Kol. T. Ostrowski.

1. Kol. Chwalibogowski i kol. F. Goldschlag przedstawiają 5-letniego chłopca z *periarteriitis nodosa*. Choroba rozpoczęła się w sierpniu 1933 r. bólami i obrzękiem stawów kolanowych oraz gorączką do 38°. Po 2 tygodniach objawy powyższe ustąpiły, poczem od września do listopada powtarzały się kilkakrotnie, zajmując poza stawami kolanowemi stawy skokowe, nadgarstkowe i łokciowe. Stan ogólny nie doznawał przytem żadnych większych zaburzeń. W listopadzie w czasie czwartego nawrotu gorączki i objawów stawowych zauważyli rodzice zmiany na skórze podudzi w postaci czarnych guzów. Utrzymywały się one około 10 dni, poczem ustąpiły równocześnie z gorączką i objawami stawowemi. Po raz drugi pojawiły się one w grudniu, a od stycznia utrzymują się bez przerwy tylko ze zmiennem nasileniem. Objawy stawowe zeszły od tego czasu na plan drugorzędny, ostatnio ograniczają się one jedynie do lekkiej bolesności kolan. Gorączka przebiega falisto, nie przekracza nigdy 38°, charakter przerywany, trwa 2—3 godzin, poczem opada do normy. Po 5—7 dniach bezgorączkowych, w czasie których zmniejszają się również objawy skórne, rozpoczyna się nowy okres gorączkowy z obfitszemi zmianami na skórze. Stan w dniu przyjęcia do kliniki, t. j. 11 kwietnia 1934: dziecko prawidłowe pod względem fizycznym i umysłowym rozwinięte, o miernym stanie odżywienia i nieco blade, zwraca uwagę cierpiącym wyrazem twarzy oraz zmianami na skórze. Są to okrągłe lub podłużne guzy wielkości od ziarna soczewicy do fasoli, barwy od żywo- do sinoczerwonej, częścią odosobnione, przeważnie jednak zlewające się ze sobą w nieregularne figury pasmowate, pierścieniowate, kuliste lub gwiaździste. Przy obmacywaniu przedstawiają się one jako nacieki dość twarde, miernie sprężyste i nieco bolesne, rozmieszczone w skórze właściwej. Podobne guzowate względnie pasmowate nacieki stwierdza się obmacywaniem w tkance podskórnej. Opisane zmiany występują najliczniej na kończynach, zwłaszcza podudziach i przedramieniach oraz na pośladkach, w znacznie mniejszej ilości na tułowiu i twarzy.

Ze strony narządów wewnętrznych poza nieznacznem powiększeniem serca w wymiarze poprzecznym oraz przyspieszeniem tętna nie stwierdza się żadnych zmian. W szczególności narządy jamy brzusznej oraz nerki wykazują stosunki prawidłowe. Także i narząd ruchu poza nieco wydatniejszemi rozmiarami oraz nieco zatartemi konturami obu stawów kolanowych bez zmian. Mocz bez składników patologicznych. Krew: leukocytoza od 9—16 tys. z przesunięciem na lewo i eozynofilją 3—7% oraz lekka anemja wtórna. Posiew krwi jałowy. Ciepłota zgodnie z danemi anamnestycznemi o typie przerywanym, przez 3 tygodnie dochodziła do 39°, obecnie od 5 dni jest normalna. Równolegle z ustąpieniem gorączki przybladły nieco wykwity skórne oraz przybrały odcień bardziej sinawy. Odczyny tuberkulinowe i Wassermanna: ujemne. Roentgen: otoczenie kostne stawów kolanowych i nadgarstkowych o gorszej wapienności. Badanie histologiczne dwu guzków (z podudzia i przedramienia) poddanych próbnej ekscyzji dało typowy obraz *periarteriitis nodosa*.

Następnie i kol. Chwalibogowski omawia obraz kliniczny *p. n.*, podnosi rozmaitość objawów zależnie od lokalizacji zmian tętniczych oraz podaje zebrane z piśmiennictwa, dane etjologiczne oraz patogenetyczne tej rzadkiej choroby.

2. Skolei kol. Goldschlag zaznacza, że zmiany skórne znajdują się na twarzy, kończynach, tułowiu. Składają się na nie: 1) Guzki różowe, bąblowate, zlewające się niekiedy w większe placki. 2) Nieregularne duże, różowe plamki, powstałe zapewne ze zlania się wykwitów guzkowych i spłaszczenia się tychże. Granice tych plam wykazują miejscami resztki guzków. 3) Pręgi różowe przebiegające w kierunku osi podłużnej (na kończynach) szerokości ½ cm, oddające boczne rozgałęzienia, anastomozujące ze sobą i tworzące w ten sposób sieć nieregularną, przypominającą obraz *livedo racemosa* Ehrmann. 4) Guzki podskórne, niewidoczne lecz wyczuwalne, przesuwalne w skórze, na ucisk tkliwe. Obecność tych ostatnich przy uwzględnieniu całego obrazu klinicznego pozwoliła rozpoznać ten przypadek już klinicznie jako *p. n.* Histologiczne badanie potwierdza to rozpoznanie, wykazując całą skalę zmian w ścianach tętnic tkanki podskórnej, od nieznacznej alteracji aż do ciężkiego uszkodzenia wszystkich warstw ściany naczyniowej z rozległemi naciekami okołonaczyniowemi z wielką ilością komórek kwasochłonnych.

3. A. Lejwa, gość, wygłosił wykład: *Własności fizjologiczne i chemiczne hormonów płciowych.* Prelegent przedstawia badania różnych badaczy i swoje nad hormonem gonadotropowym. Prelegent dzieli hormony na hormony pochodzenia gruczołowego i pozagruczołowego. Wywody swoje opiera na badaniach Butenandta, Marriana, Girarda i in., którzy wykryli cały szereg substancyj oestrogennych.

W dyskusji: kol. Liebhart zaznacza, że wpływ folikuliny i luteiny na narząd rodny jakoteż na wytworzenie się wtórnych cech płciowych jest rozmaity i wielokierunkowy. W zależności od ilości wydzielanej folikuliny względnie luteiny wpływ ich rozciąga się na coraz dalsze regjony względnie wywołuje coraz bardziej skomplikowane reakcje. I tak najmniejsze ilości folikuliny wywołują u gryzoniów objawy rui i rozwój drugorzędnych cech płciowych, większych ilości natomiast trzeba do wywołania proliferacji błony śluzowej macicy. Jeszcze większych ilości folikuliny potrzeba do wzrostu mięśnia macicznego, a największe wywołują rozluźnienie łącznotkankowych połączeń kości miedni-

cy. Ostatnie badania eksperymentalne wykazały nadto, że tak folikulina jak i luteina mają bardzo doniosłe zadanie do spełnienia odnośnie rozrostu mięśnia macicy w okresie ciąży. I tak folikulina wpływa na zwiększenie się ilości komórek mięśniowych, powodując tem samem hiperplazję mięśnia macicy, natomiast luteina powoduje zwiększenie się objętości poszczególnych komórek prowadząc do hipertrofji mięśnia. Dopiero w oświetleniu tych zjawisk rozumiemy cel wydzielania tak olbrzymich ilości hormonów płciowych, które, jak się okazuje, są niezbędnie potrzebne do gwałtownego wzrostu macicy ciążowej. Doświadczenia naszej kliniki i innych dowiodły niezbicie, że dla efektu i dla wywołania odpowiednich zmian w macicy pod wpływem folikuliny nie jest rzeczą obojętną, w którem miejscu ten hormon się stosuje. Podana podskórnie folikulina w ilości jednej jednostki mysiej, która wystarcza do wywołania objawów rujowych w pochwie, jest o wiele za mała do wywołania przerostu mięśnia macicy. Przy tej formie stosowania folikuliny potrzeba około 10 j. m., jeżeli natomiast podamy folikulinę wprost do mięśnia macicy, to uzyskamy jego wzrost już po dawce mniejszej od jednej jednostki mysiej. Z powyższego doświadczenia wynika, że w odniesieniu do macicy folikulina działa najenergiczniej, jeżeli ją się podaje wprost do mięśnia macicy. Z punktu widzenia celowości w przyrodzie doświadczenie to wyjaśnia nam równocześnie, dlaczego właśnie w ciąży zostaje przeniesiona produkcja folikuliny do łożyska. Idzie tu najwidoczniej o umieszczenie wytworzenia hormonów potrzebnych do rozrostu macicy w miejscu największego zapotrzebowania, skąd właśnie mogły najskuteczniej te hormony rozwojem macicy ciężarnej kierować. Mówca podkreśla nadto z naciskiem tę okoliczność, że nie może być nigdy mowy o jednokierunkowem działaniu i wpływie poszczególnych hormonów, lecz że wszystkie one podlegają wspólnemu prawu wzajemnej regulacji i przeciwregulacji.

Odnośnie do zaniku jajnika, jaki się zaznacza po stosowaniu folikuliny, podnosi kol. Elmer, że z innych gruczołów dokrewnych również tarczyca ulega zanikowi, nawet do 1/3 pierwotnej swej wagi, po dłuższem stosowaniu tyroksyny u psów. Zanik tarczycy dochodzi do skutku czyto drogą przewlocznego działania hamującego na wydzielanie hormonu tarczyco-zwrotnego (tyreotropowego) płatu przedniego przysadki mózgowej. W pierwszym wypadku wytwarza się zanik tarczycy wskutek braku potrzeby wytwarzania tyroksyny, w drugim zaś wypadku wskutek niedostatecznego, ewentualnie zupełnego braku pobudzania czynności tarczycy przez hormon tarczyco-zwrotny.

Kol. Parnas zaznacza, że ciała, które pojmujemy jako hormony płciowe, nie można pojmować biologicznie jako szczególnie dla ustroju cenne hormony: są to ciała, które leżą na linji rozkładu związków sterolowych i ciała strukturalnie bardzo bliskie hormonów płciowych; pregnandjol, któremu brak tylko zaromatyzowanego rdzenia, wydala się w wielkiej ilości w moczu ciężarnych; a jest to ciało zupełnie nieczynne. Można sobie wyobrazić, że przy przebudowie ciał grupy sterolowej, która odbywa się w ustroju samicy ciężarnej, a którym odpowiadają niewątpliwie jednościowo te same, z perjodycznie różnem natężeniem przemiany także i poza ciążą, wyrobiły się określone reakcje ustroju na pewne produkty przemiany sterolowej. Pojmuje ten stosunek hormonu i reakcji na hormon analogicznie, jak reakcję ośrodka oddechowego na produkt przemiany materji, dwutlenek węgla. Prelegent zwracał uwagę na wyniki prac Cooka i jego współpracowników nad węglowodorami wywołującemi raka maziowego. Składniki węglowodorowe mazi, oraz węglowodory syntetyczne, które wywołują guzy, są pod względem chemicznym zbliżone do rdzeniów węglowodorowych grupy sterolowej i hormonów płciowych, a różnią się od nich tylko przez przybranie charakteru aromatycznego dalszych rdzeniów częściowych.

Protokół z XII. posiedzenia naukowego odbytego dnia 11 maja 1934 r.

Przewodniczy Kol. T. Ostrowski.

1. Kol. Lenczowski, czł. Tow., przedstawia preparat anatomiczny po wycięciu macicy wraz z przydatkami. Trąbki były znacznie rozdęte, a na przekroju zawierały masy nowotworowe, które pod mikroskopem dały obraz raka trąbki. W macicy włókniakowato zmienionej, jakoteż w jednej z torbielowato zmienionych jajników stwierdzić było można przerzut z trąbki. (Szczegóły ukażą się w druku).

2. Kol. Świątkiewicz J., gość, przedstawił chorego, który w lipcu 1933 roku spadł z dziewięciometrowej wysokości na lewy bok. Nie mógł ruszać lewą nogą, miał silne bóle w tejże. Brak zaburzeń pęcherzowych. W dwa dni później zaczął wysoko gorączkować. Potem skarżył się na bóle w lewej pachwinie i lewem kolanie. Zauważył wtedy osłabienie wzroku: widział jak przez gęstą siatkę. Po leczeniu stan chorego znacznie się poprawił, mógł chodzić, wzrok polepszył się. Wrócił do pracy. Od listopada 1933 roku do marca b. r. czuł się dobrze. Chodził, bólów nie odczuwał. Z końcem marca b. r. zaczął się skarżyć na bóle w podbrzuszu po prawej stronie, promieniujące wokoło do kręgosłupa, oraz na postępujące osłabienie obu kończyn dolnych. Z początkiem kwietnia b. r. wystąpiły zaburzenia pęcherzowe, oraz zaparcie stolca. Dwa tygodnie przed przybyciem do kliniki pojawiły się bóle w nogach, najsilniejsze w udach. Od czasu choroby silnie schudł. Badaniem przedmiotowem stwierdzono u chorego: Na skórze tułowia guzki jużto lekko sinawo zabarwione, przykryte niezmienioną skórą, wielkości soczewicy do fasoli, przeważnie miękkie. Prócz nich kilkanaście twardych, czerwonobrunatnych guzków nasuwających podejrzenie włókniaków. Pozatem kilkanaście plam barwikowych barwy brunatnej. Na plecach plamki podobne do piegów. Zmiany te stwierdzić można także — choć w znacznie mniejszej ilości — na skórze kończyn górnych i dolnych. W nerwach mózgowych: odruchy rogówkowe obustronnie bardzo słabe, obniżenie czucia na twarzy na wszystkie rodzaje, większe po lewej stronie. Zbaczanie szczęki dolnej w prawo. Zresztą brak zmian w nerwach mózgowych. Kończyny górne bez zmian. Brak odruchów brzusznych i mosznowych. Bolesność uciskowa części lędźwiowej i krzyżowej kręgosłupa. W kończynach dolnych spastyczna paraplegja z niezwykle silnie wzmożonemi napięciami mięśniowemi, klonicznemi odruchami ścięgnistemi, dodatniemi odruchami: Babińskiego i Oppenheima, a nadto zaniki mięśniowe najwybitniejsze w łydkach. Obniżenie czucia powierzchownego na obu kończynach dolnych i tułowiu aż do wysokości dwunastego odcinka piersiowego. Badanie elektryczne mięśni kończyn dolnych wykazało obniżenie pobudliwości elektrycznej w mięśniach łydek. Katoda równa anodzie. W czasie nakłucia lędźwiowego, wykonanego w miejscu typowem, nie wydostano płynu, a igła w kanale kręgowym natrafiała na masy twarde, oporne. W następnem nakłuciu wykonanem poniżej poprzedniego, po przebiciu tych twardych mas wydobyto $^1/_2$ cm^3 płynu silnie ksantochromicznego, w którym badaniem stwierdzono zespół uciskowy. Zdjęcie rentgenowskie wykazało w dwóch dolnych kręgach lędźwiowych gładkie, półkoliste wypuklenie na tylnej powierzchni trzonów kręgów. Prócz tego rozczep kręgosłupa w części krzyżowej. Badanie histologiczne wyciętych guzków wykazało typowe utkanie włókniaka. O WR. ujemny. Na oku lewem dno oka prawidłowe, po stronie prawej plamy rogówkowe niepozwalające dojrzeć dna oka. Badaniem wewnętrznem zmian nie wykazano. W przedstawionym przypadku stwierdzono zatem zespół objawów choroby Recklinghausena sprawdzony badaniem histologicznem guzków. Prócz zmian skórnych stwierdzić można obecność dwóch ognisk. Jedno na wysokości 12 odcinka piers., które uciskając rdzeń dało paraplegję spastyczną z obniżeniem czucia i zespołem uciskowym w płynie mózgowo-rdzeniowym. Drugie, stwierdzone w czasie nakłucia lędźwiowego w ogonie końskim nie daje przekonywujących klinicznie objawów, gdyż zostały one przykryte objawami z ogniska pierwszego. Brak tu więc charakterystycznych zmian czuciowych, a zaburzenia pęcherzowe mogą pochodzić zarówno z jednego jak i z drugiego ogniska. Jedynie zaniki mięśniowe w łydkach oraz obniżenie pobudliwości elektrycznej świadczy, że istnieje sprawa chorobowa, która narusza również i neuron obwodowy. Za guzami w ogonie końskim przemawiają także zmiany rentgenowskie, lecz mogą być one — zdaniem rentgenologa — także wrodzonemi. Poza temi objawami rdzeniowemi stwierdza się zajęcie obu nerwów trójdzielnych, a więc guzki umiejscowione są także w tych nerwach. Omawiany przypadek ciekawy jest z tego powodu, że w chorobie Recklinghausena zmiany dotyczące systemu nerwowego — to najczęściej guzki umiejscowione wzdłuż przebiegu nerwów obwodowych, na korzonkach nerwów rdzeniowych, w szczególności na ogonie końskim; nierzadko stwierdza się jednak zmiany na nerwach mózgowych, czasami objawy ze strony rdzenia lub mózgu, jeżeli guzki są odpowiednio umiejscowione. Ze względu na mnogość objawów, a mianowicie dwa ogniska w kanale kręgowym (tyle przynajmniej daje się klinicznie wykazać), oraz zajęcie obu nerwów trójdzielnych — należy przedstawiony przypadek zaliczyć do rzadkich.

W dyskusji kol. Goldschlag zaznacza, że klasyczny przypadek choroby Recklinghausena z typowemi objawami nie przedstawia większego zainteresowania rozpoznawczego. Ważną jest natomiast znajomość t. zw. poronnych postaci, gdzie tylko jeden lub dwa objawy występują. Uwzględnienie tej odmiany może przyczynić się niekiedy do wytłumaczenia niejednych spraw, związanych z usadowieniem się tkanki neurynomatycznej w systemie nerwowym.

Kol. Rothfeld podnosi, że aczkolwiek przypadek, przedstawiony przez kol. Świątkiewicza nie przedstawiał trudności rozpoznawczych, to jest jednak ciekawy ze względu na mnogość objawów.

3. Kol. Liebhart, czł. Tow., przedstawia rzadki przypadek zaburzenia wielogruczołowego u kobiety, lat 44, która jest pozbawiona wszelkich cech płciowych wtórnych, ponadto która nigdy nie miesiączkowała, a u której badanie przedmiotowe wykazuje zupełny zanik warg mniejszych i większych, szczelinowate wejście do pochwy i szczątkową macicę. Chora jest szczupła, źle odżywiona o zupełnym braku podściółki tłuszczowej, skóra sucha. Skarży się, że od 5 lat zaczęły jej rosnąć stopy i dłonie do tego stopnia, że obecnie nosi trzewiki nr. 43, nadto mniejwięcej od roku cierpi na bóle w lewem kolanie, którym towarzyszy równocześnie zniekształcenie stawu kolanowego. Badania inkretologiczne wykazują wyraźną niedomogę jajników i tarczycy, nadto pozwalają przypuszczać nadczynność hormonu wzrostu przysadki czyli auksyny. Zdjęcia rentgenologiczne stawów kości długich wykazują niezrośnięcie się powierzchni epifizarnych. Tę ostatnią nieprawidłowość odnosi prelegent do zatrzymania się rozwoju całego ustroju w pewnem stadjum. Zmiany w stawie kolanowym określa jako *arthropathia endocrina* w związku z niedomogą jajnika, natomiast gwałtowny wzrost stóp i rąk o charakterze akromegaloidowym przypisuje nagłemu wzrostowi wydzielania się hormonu Evansa czyli auksyny.

W dyskusji:

1) Kol. Schramm zaznacza, że zamiar otwarcia u pacjentki jamy brzusznej — o czem prelegent wspomniał, — aby się naocznie przekonać, czy istnieją u niej jajniki, ewentualnie wszczepić jajnik małpi jest — zdaniem mówcy — nieusprawiedliwiony. Jeżeli przypuszczamy na podstawie objawów, że czynność jajników jest niedostateczna, lub że jej wcale niema, to brakującą czynność jajników można zastąpić wstrzykiwaniem folikuliny, a otwieranie jamy brzusznej, mimo wszelkich ostrożności, może stać się niebezpieczne dla życia chorej.

2) Kol. Elmer podnosi, że w ciekawym przypadku schorzenia wielogruczołowego trudno przyjąć nadczynność tarczycy pomimo kontrolnego stwierdzenia zwyżki przemiany spoczynkowej + 27%. Obraz bowiem kliniczny wykazuje ciężką niedomogę tarczycy, za czem przemawia wybitnie sucha i miejscami lekko ciastowata skóra, wybitny obrzęk powiek, zwolnione tętno, niski poziom cukru we krwi. Co się tyczy wyniku przemiany gazowej, to należy zgodzić się z referentem, że chora być może wskutek nieumiejętnego oddechania spowodowała sztuczną zwyżkę. Oczywiście w schorzeniach wielogruczołowych nie można wykluczyć, że istnieje dążność do wyrównania przemiany spoczynkowej, spowodowanego działaniem kompensacyjnem innych gruczołów dokrewnych, nie stwierdza się wybitnego obniżenia przemiany spoczynkowej tam, gdzieby należało się spodziewać. W takich przypadkach jako najbardziej charakterystyczne kryterjum dla wykazania niedomogi tarczycy służy oznaczenie jodu we krwi, a w szczególności zaś próba jodowa wypracowana przez Elmera. Zwiększony wywóz jodu moczem ponad 24% w pierwszych 6 godzinach po obciążeniu dożylnem czy doustnem ilością 1300 γ J w postaci KJ, przemawia za niedomogą tarczycy. Co się tyczy zmian stawowych, to niewątpliwie posiadają one klinicznie i rentgenologicznie (utrzymanie linji epifizarnej) charakter *arthropathia endocrina*. Trudno jednak osądzić, czy one są więcej spowodowane niedomogą jajnikową czy tarczycową. Być może, że wynik *ex iuvantibus* mógłby tu coś więcej powiedzieć.

3) Kol. T. Mann zaznacza, że sposobu badania auksyn przez zastrzyki moczu u myszek, o którym wspominał prelegent, nie można już dzisiaj uważać za metodę ścisłą, gdyż: 1) w moczu znajdują się oprócz auksyn inne ciała pobudzające wzrost (auksotropowe), 2) auksyna nie jest tylko hipotetycznem ciałem wzrostowem, za jakie uważano ją jeszcze przed paru laty, lecz obecnie, dzięki wyosobnieniu krystalicznej auksyny z moczu, znamy dokładnie jej budowę i działanie, 3) zawartość auksyn w moczu waha się w bardzo szerokich granicach, zależnie od pory dnia, a to w związku z przyjęciem pokarmów roślinnych, bardzo bogatych w auksyny.

4) Kol. Ziemilski podnosi, że przypadek przedstawiony wykazuje liczne cechy zespołu objawów, niedawno opisanego przez Cushinga, a polegającego anatomicznie na zajęciu zasadochłonnych komórek przedniego płatu przysadki. Brak wprawdzie otyłości o przysadkowem rozmieszczeniu i przedewszystkiem policytemji — na którą sam Cushing i inni autorowie (Schüller) kładą wielki nacisk — ale oba te objawy obowiązkowo nie muszą być. Wszystkie zaś inne objawy przedstawione — szczególnie zmiany skórne i kostno-rentgenowskie spotyka się stale przy opisach zespołu Cushinga. Autorowie podnoszą, że zajęcie przysadki *„adenoma basophile"* nie nosi charakteru ekspansywnego i dlatego nie dochodzi do wielkich bólów głowy, ani do objawów ze strony nerwów ocznych. Leczeniem rentgenowskiem uzyskuje się często doskonałe wyniki (Jeden przypadek Z.). Odnośnie do wyniku badania przemiany gazowej — *plus* 28% przy wszystkich innych cechach niedomogi tarczycy — to wypadłoby wykonać przedewszystkiem kilka badań kontrolnych przed przyjęciem niedomogi tarczycy, wykazującej paradoksalnie podwyżkę przemiany gazowej — jak to czyni kol. Elmer. Wiemy, że istnieją sporadyczne przypadki „otyłego basedowika" — u dzieci (a rzadko u dorosłych) hipotyreotycznych, a chudych, które tyją po przyjęciu tyreoidyny. Ale to są zawsze wyjątki, potwierdzające tylko regułę, wynikającą ze znakomitej większości przypadków, że ludzie z niedomogą tarczycy są otyli i mają obniżoną przemianę; hipertyreotycy zaś są chudzi i wykazują zwiększoną przemianę. Co się tyczy wpływu innych gruczołów dokrewnych na przemianę gazową, to dużo autorów miarodajnych przyjmuje zawsze wpływ pośredni przez tarczycę. Próba jodowa (J) kol. Elmera — nie może jednak zadowolić jako sprawdzian stanu tarczycy. Kol. Elmer stwierdził naprzód, że przy kilkunastu przypadkach niedomogi (względnie nadczynności) wykazanej oczywiście badaniem przemiany gazowej, tu przyjętej za sprawdzian, pojawia się objaw „J". Wtedy uważa się za uprawnionego do następowego rozpoznania niedomogi (względnie nadczynności) w dalszym przypadku, przy którym znowu stwierdza pojawienie się swojego objawu „J" — a gdzie przemiana gazowa wypada inaczej. Dopiero analiza znacznie większego materjału w przyszłości pozwoli na rozstrzygnięcie ciekawego i oryginalnego zagadnienia, przedstawionego przez kol. Elmera.

Odnośnie do uwag kol. Ziemilskiego, wedle którego badanie jodu we krwi jak i próba jodowa nie posiadają wartości rozpoznawczej, kol. Elmer zaznacza, że wyniki swe oparł na materjale kilkudziesięciu różnych schorzeń dokrewnych. Próba jodowa wypadała stale dodatnio w niedomodze tarczycy i okazała się bardzo cenną metodą rozpoznawczą w szczególności w przypadkach niedomogi tarczycowej, z zamaskowanem obniżeniem przemiany spoczynkowej, w szczególności w poronnych postaciach (P. G. L. 1934, oraz Endocrinology 1934). Kol. Elmer nie może się zgodzić z uwagami kol. Ziemilskiego, że wychudzenie wskazuje na nadczynność, a przybytek wagi ciała na podczynność tarczycy. Wnioski rozpoznawcze na tej podstawie oparte z łatwością mogą prowadzić do błędnego rozpoznania. Wszak tutaj w Towarzystwie Lekarskiem Doc. Sochański przedstawił przed kilku laty przypadek choroby Basedowa, ze znaczną otyłością i przeciwnie obecny przypadek, dziś demonstrowany przez kol. Liebharta, wykazuje, pomimo znacznej chudości, typową niedomogę tarczycy. Wielce znamiennym jest w tej dziedzinie np. opisany w monografji Kendall'a przypadek ciężkiej niedomogi tarczycy, idący z wybitną chudością, który po leczeniu tyreoidyną przechodzi w otyłość. Zatem na podstawie chudości czy otyłości nie można sądzić o nadczynności czy podczynności gruczołu tarczowego, i przypadki takie tem więcej uzasadniają, z uwagi na atypowość obrazu klinicznego, potrzebę czynnościowego badania tarczycy przy pomocy próby jodowej.

Kol. Goldschlag: Zmiany skórne odpowiadają w zupełności spotykanym w stanach myksedematycznych. Szczególnie charakterystyczne są guzy walcowate nad brwiami. Również spoistość skóry na grzbiecie rąk jest charakterystyczna dla niedomogi tarczycy. Z drugiej strony przyznać należy, że również podobne zmiany, nawet śluzowaty obrzęk *(myxoedema circumscriptum)* spotyka się przy chorobie Basedowa.

W dyskusji pozatem jeszcze zabrali głos kol. Tomanek i kol. Liebhart.

4. Kol. Ostern P., gość, wygłosił wykład: *Mechanizm wchłaniania jelitowego.* (P. G. L. Nr. 28, 29 i 30, 1934).

We wchłanianiu jelitowem biorą udział poza czynnikami fizykochemicznemi (dyfuzja, osmoza, siły napięcia powierzchniowego) czynniki życia. Dwa z tych czynników udało się dzięki badaniom eksperymentalnym ostatnich lat wyjaśnić. Są niemi skurcze kosmków jelitowych oraz syntezy zachodzące w nabłonku jelitowym. Syntezy te regulują potencjał dyfuzyjny i w ten sposób w wybitnej mierze wpływają na wchłanianie niektórych składników pokarmowych, szczególnie kwasów moczowych oraz niektórych cukrów.

Sekretarz doroczny: *W. Bross.*

KOMUNIKATY.

Ministerstwo Opieki Społecznej.

Warszawa, 26 czerwca 1934 r.

Okólnik Nr. 23/34.

Rejestracja i ewidencja lekarzy.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

W związku z postanowieniami art. 6 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr. 81, poz. 712) i § 4 rozporządzenia wykonawczego Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 stycznia 1934 r. (Dz. U. R. P. Nr. 11, poz. 96) zarządzam co następuje:

I. Rejestracja.

1) Wojewódzka władza administracji ogólnej obowiązana jest przy rejestracji zwracać szczególną uwagę na prawdziwość i wiarogodność przedstawionych dokumentów.

2) Odpisy dokumentów, przedstawianych przy rejestracji przez lekarzy, mogą uwierzytelniać dla celów rejestracyjnych poza władzami i osobami, uprawnionemi do tego z mocy szczególnych przepisów prawnych, również władza rejestrująca na podstawie przedłożonych jej jednocześnie oryginałów oraz urzędy, instytucje i osoby, które wydały oryginał.

3) Z uwagi na to, że wykonywanie praktyki lekarskiej bez uprzedniej rejestracji nie jest dozwolone, konieczne jest zarejestrowanie wszystkich lekarzy, którzy nie są zarejestrowani.

4) Osoby, które podpadają pod postanowienia art. 5 ust. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. (Dz. U. R. P. Nr. 81, poz. 712), przy rejestracji wolne są od obowiązku przedkładania dowodów z odbycia jednorocznej praktyki szpitalnej.

5) Osobom zarejestrowanym wydaje się zaświadczenia rejestracyjne według załączonego wzoru.

6) Dokumenty oryginalne po przeprowadzeniu rejestracji zwraca się lekarzom, odpisy zaś ich oraz dowody, pozostające w urzędzie, składa się do specjalnej teczki.

7) Teczki (ust. 5) oddzielne dla każdego zarejestrowanego lekarza powinny być kolejno numerowane i przechowywane według porządku alfabetycznego.

8) Numer teczki rejestracyjnej, który jednocześnie jest numerem zaświadczenia rejestracyjnego i karty ewidencyjnej, składać się ma z trzech znaków, przedzielonych pochyłą kreską, a mianowicie:

a) ze znaku literowego, oznaczającego urząd rejestracyjny;
b) ze znaku literowego „*l*", oznaczającego zawód lekarski;
c) ze znaku liczbowego, poczynając od „*1*".

Znaki, wymienione w punkcie a), dla poszczególnych urzędów wojewódzkich (Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę) ustala się następujące:

Komisarjat Rządu na m. st. Warszawę — *W*
Województwo Warszawskie — *WR*
„ Białostockie — *BŁ*
„ Kieleckie — *KL*
„ Lubelskie — *LB*
„ Łódzkie — *ŁD*
„ Nowogródzkie — *NW*
„ Poleskie — *PL*
„ Wileńskie — *WN*
„ Wołyńskie — *WŁ*
„ Krakowskie — *KR*
„ Lwowskie — *LW*
„ Stanisławowskie — *ST*
„ Tarnopolskie — *TR*
„ Pomorskie — *PM*
„ Poznańskie — *PZ*
„ Śląskie — *SL*

Wobec powyższego np. 10-ty skolei lekarz, zarejestrowany np. przez Województwo Warszawskie, otrzyma znak rejestracyjny „*WR/l/10*".

9) Dowody rejestracji, przeprowadzonej w swoim czasie przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego, będą przesłane przez Ministerstwo Opieki Społecznej na żądanie.

10) W przypadkach, gdy do rejestracji zgłasza się lekarz, który swe uprawnienia opiera na dokumentach b. państw zaborczych, należy podanie jego wraz z dołączonemi do podania dokumentami kierować do Ministerstwa Opieki Społecznej do decyzji.

11) Z dwóch fotografij, przedkładanych przy rejestracji, uwierzytelniona zatrzymana będzie w aktach, zaś druga powinna być naklejona na zaświadczeniu rejestracyjnem i przestemplowana okrągłą pieczęcią urzędową.

12) Duplikat dowodu lub zaświadczenia, wydanego przez instytucję, która wydała oryginał, uważać należy za jednoznaczny z oryginałem.

13) W razie zaginięcia zaświadczenia rejestracyjnego, po uprzedniem formalnem unieważnieniu go, może być wydany na żądanie zainteresowanego lekarza duplikat, która to okoliczność powinna być na nim zaznaczona.

14) Dla osób już rejestrowanych mogą być wydane na ich żądanie zaświadczenia rejestracyjne nowego typu za zwrotem dotychczasowych, o ile je otrzymali.

II. Ewidencja.

1) Wojewódzkie władze administracji ogólnej prowadzą systemem kartkowym (na kartkach niebieskich) ewidencję wszystkich lekarzy, wykonywujących praktykę lekarską.

2) Dane potrzebne do zaprowadzenia ewidencji w pierwszym rzędzie należy oprzeć na dowodach, znajdujących się w posiadaniu urzędów (Ministerstwa) w związku z przeprowadzoną rejestracją. W razie braku potrzebnych danych należy uzupełnienia ich zażądać od lekarzy. Podstawą prawną do żądania nadesłania tych danych są postanowienia § 4 ust. 6 rozporządzenia wykonawczego Ministra Opieki Społecznej z dnia 30 stycznia 1934 r. (Dz. U. R. P. Nr. 11. poz. 96).

3) Powiatowe władze administracji ogólnej powinny prowadzić własną ewidencję lekarzy na odpowiednich arkuszach księgi sanitarnej. Każdy nowo przybyły lekarz, który się zgłosi (art. 6 ust. 3 rozporządzenia z 1932 r. Dz. U. R. P. Nr. 81, poz. 712), powinien na podstawie dowodu rejestracji być wciągnięty do księgi sanitarnej, w której lekarz powiatowy wypełnia ściśle odpowiednie rubryki; w księdze tej powinny być odnotowywane następujące zmiany i uzupełnienia, dotyczące lekarza: zmiany adresu, imienia lub nazwiska, nabycie nowych tytułów zawodowych, przejście przeszkolenia specjalnego, dane o stosunku do wojska, o zaprzestaniu wykonywania zawodu lub zgonie; o zmianach tych należy niezwłocznie zawiadamiać wojewódzką władzę administracji ogólnej celem umożliwienia jej odnotowania tych zmian i uzupełnień w kartotece.

4) W razie przeniesienia się lekarza na teren innego województwa (m. st. Warszawy), wojewódzka władza administracji ogólnej, na której terenie lekarz dotychczas praktykował, po otrzymaniu wiadomości tej od lekarza powiatowego (ust. poprzedni) lub od urzędu wojewódzkiego (Komisarjatu Rządu na m. st. Warszawę), właściwego dla nowego miejsca pobytu lekarza, prześle niezwłocznie temu urzędowi teczkę z aktami rejestracyjnemi oraz kartę ewidencyjną, sporządzając dla siebie odpis karty (koloru białego), który powinien być odłożony do aktów archiwalnych.

5) Karty ewidencyjne oraz akta lekarzy zmarłych po odnotowaniu na nich daty zgonu powinny być odłożone do aktów archiwalnych.

6) Karty ewidencyjne dla lekarzy, którzy mają jedynie tymczasowe prawo wykonywania praktyki lekarskiej, oraz lekarzy obcokrajowców, wykonywujących ją na podstawie umów międzynarodowych, powinny być prowadzone na kartkach odmiennego koloru.

7) Dane, potrzebne do wypełnienia kart ewidencyjnych, dostarczą od lekarzy na żądanie wojewódzkiej władzy administracji ogólnej lekarze powiatowi.

III. Postanowienia końcowe.

1) Druki zaświadczeń rejestracyjnych, kart ewidencyjnych oraz do księgi sanitarnej będą dostarczane przez Ministerstwo Opieki Społecznej po otrzymaniu zapotrzebowań.

2) Urzędy Wojewódzkie (Komisarjat Rządu na m. st. Warszawę) powinny corocznie nadsyłać Ministerstwu Opieki Społecznej do dnia 15 lutego sprawozdania według stanu z dnia 31 grudnia. Sprawozdania te powinny być nadsyłane według następującego wzoru:

L. p.	Nazwisko i imię	Rok urodzenia	Data otrzymania dyplomu	Specjalność	Miejsce zamieszkania	Stanowisko

Nazwiska lekarzy powinny być podawane według kolejności alfabetycznej.

3) Prace rejestracyjne i zaprowadzenie ewidencji kartotekowej dla lekarzy praktykujących powinny być zakończone najdalej do dnia 31 grudnia 1934 r., o czem należy Ministerstwo Opieki Społecznej zawiadomić.

4) Przy rejestracji należy stosować ogólne postanowienia co do opłat stemplowych. Opłaty te są następujące:

a) za podania i zaświadczenia po 5 zł,

b) od każdego załącznika do podania po 50 gr, oraz

c) za stwierdzenie w urzędzie zgodności odpisu z oryginałem — zł 1,50 wartości nominalnej.

5) Jednocześnie uchyla się moc obowiązującą następujących zarządzeń:

a) pisma okólnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 17 lutego 1926 r. Nr. Z. O. 350/26 w sprawie rejestracji lekarzy;

b) okólnika Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Nr. 90 z dnia 5 czerwca 1930 r. w sprawie spisu lekarzy.

Minister: *J. Paciorkowski.*

Uroczyste pożegnanie Profesorów U. J. K. Adolfa Becka i Hilarego Schramma.

Wydział Lekarski U. J. K. żegnał uroczyście dwóch zasłużonych długoletnich swych członków, profesorów Dr. Adolfa Becka i Dr. Hilarego Schramma, przechodzących w stan spoczynku.

Prof. Beck, jeden z dwóch pierwszych profesorów nowozałożonego Wydziału Lekarskiego Wszechnicy Lwowskiej, jeszcze w r. 1895 objął katedrę fizjologji. Uroczyste pożegnanie odbyło się w sali wykładowej Zakładu fizjologji, w którym Prof. Beck kilka lat dziesiątek pracował z wielką korzyścią dla nauki, rozwoju Wydziału i młodzieży. W obecności pełnego grona Rady Wydziałowej, wszystkich docentów, lekarzy i obecnych uczniów w sali pięknie ozdobionej przemówił dziekan prof. Koskowski, streszczając w krótkich i gorących słowach wszystko to, co zdziałał ustępujący profesor i b. rektor Uniwersytetu J. K. zarówno dla Wydziału Lekarskiego, jak i dla Uniwersytetu, na czele którego stał w jego najcięższych chwilach, t. j. w czasie okupacji rosyjskiej, gdy dzielnie bronił ukochanej przezeń *Alma Mater* a opuścił ją jako zakładnik wywieziony przez okupantów. Wielka praca, umiłowanie swej katedry i przywiązanie do Uniwersytetu były jednemi z głównych wytycznych życia prof. Becka. Toteż z prawdziwym żalem żegna Go Wydział Lekarski i wyraża gorące życzenie i nadzieję, że ustępujący nadal utrzyma te więzy z Wydziałem, które Go dotąd z nim łączyły; widomym znakiem tego związania niech będzie, mówił dziekan, pierścień z napisem *„bene merenti"*, który wraz z dyplomem wręcza mu imieniem Wydziału Lekarskiego.

Następnie przemówił imieniem b. uczniów i asystentów obecny kierownik Zakładu, Doc. Dr. Tychowski, podnosząc wielkie walory naukowe i nauczycielskie Czcigodnego Profesora: nastąpiło przemówienie przedstawiciela młodzieży lekarskiej. Na końcu przemówił Prof. Beck, dziękując wzruszony za piękną uroczystość i słowa uznania oraz drogą mu pamiątkę, skreślił w zwięzłych słowach dzieje tych kilku lat dziesiątek Swej działalności na katedrze, tak ściśle związanej z historją Wydziału Lekarskiego.

Tego samego dnia odbyła się podobna uroczystość pożegnania ustępującego Prof. Schramma z katedry kliniki chirurgicznej, na życzenie Jego tylko w gronie kolegów Rady Wydziałowej w sali dziekanatu. Wielce zasłużony na niwie pracy naukowej, dydaktycznej i praktyczno-lekarskiej, mimo poważnego wieku zawsze niezmiernie czynny i wytrwały w Swej pracy, zapisał Swe imię godnie w piśmiennictwie naukowem polskiem i światowem, wykształcił pokolenia dzielnych chirurgów, zajmujących dziś poważne samodzielne stanowiska oraz uczniów oddanych pracy naukowej; z Jego szkoły wyszło czterech docentów. Cichy i skromny, wytrwały i niezmordowany pracownik cieszy się ogólnem uznaniem, wyrazem czego był wybór Prof. Schramma na najwyższą godność uniwersytecką — na rektora. Kończąc swe przemówienie, dziekan wręczył Czcigodnemu Profesorowi również złoty pierścień z napisem *„bene merenti"* oraz dyplom odpowiedni z podpisami wszystkich członków Rady Wydziałowej.

Niezwykle wzruszony przemówił Prof. Schramm, dziękując dziekanowi i kolegom za słowa uznania i tak bardzo dlań cenną pamiątkę. Zawsze starał się pracować według sił i odpowiedzieć godnie stanowisku, jakie zajmował. Chociaż odchodzi z katedry, to jednak nadal będzie się uważać za członka tej rodziny, do której, jako profesor i kolega, szereg lat należał.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Osobiste.

W związku z mającem nastąpić otwarciem szpitala im. Gabrjela Narutowicza, Dyrekcja Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie powołała na stanowisko dyrektora szpitala i ordynatora (prymarjusza) Oddziału ginekologiczno-położniczego dr. Jana Szancenbacha, na zastępcę ordynatora tegoż Oddziału dr. Bronisława Stępowskiego, na ordynatora Oddziału Chorób wewnętrznych docenta U. J. dr. Feliksa Siedleckiego, na ordynatora Oddziału chirurgicznego dr. Jerzego Jasieńskiego, na ordynatora Oddziału dermatologicznego dr. Rudolfa Trzebicky'ego, na kierownika pracowni rentgenologicznej dr. Pawła Adamowicza.

Prof. Emil Grosz, prezes Międzynarodowego Komitetu walki z jaglicą obchodził 30-lecie swej pracy pedagogicznej na katedrze oftalmologji w Budapeszcie.

Zmarli.

Stanisław Klejn, doc. Un. Warsz., b. Ordynator oddziału wewn. Szpitala Starozakonnych na Czystem, autor licznych prac naukowych, przeważnie z dziedziny hematologji, zmarł w 72 roku życia w Warszawie.

Włodzimierz Jelovsek, redaktor Lijecnickiego Vjesnika, znany przyjaciel Polaków, zmarł w Zagrzebiu.

Sir James K. Fowler wybitny lekarz angielski, zmarł w Londynie w 82 roku życia.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich. — Zjazdy.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie. I. Posiedzenie kliniczne odbyło się w dniu 9 września 1934 r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Odczytanie protokółu posiedzenia z dnia 20 czerwca 1934 r.; 2) Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych; 3) Kol. Ajzner i Klozenberg: O leczeniu chirurgicznem *arachnitis spinalis*; 4) Kol. Schweig: Jednostronne zapalenie nerwu wzrokowego z hemjanopsją; 5) Kol. Eigerowa: Niezwykły przypadek wady rozwojowej narządów rodnych u kobiety; 6) Kol. Mazur i Małowist: Z kazuistyki zaczopowań zatoki esowatej; 7) Kol. Kryszek: O niewspółmierności objawów klinicznych i elektrokardjograficznych w schorzeniu mięśnia sercowego; 8) Kol. Szyfman i Kocen: Przyczynek do symptomatologji schorzeń pęcherzyka żółciowego i trzustki; 9) Kol. Ajzner: O lumbalnej sympatektomji; 10) Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów.

II. Posiedzenie odbędzie się w dniu 19 września 1934 r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Odczytanie protokółu posiedzenia z dnia 9 września 1934 r.; 2) Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych; 3) Kol. F. Rozenówna i M. Kocen: Ostra białaczka a schorzenia pokrewne; 4) Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów.

III. Posiedzenie odbędzie się w dniu 26 września 1934 r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Odczytanie protokółu posiedzenia z dnia 19 września 1934 r.; 2) Pokaz chorych i dyskusja nad pokazem chorych; 3) W. Nowiński (jako gość z Cambridge): Czynne substancje w rozwoju zarodkowym; 4) Pokaz preparatów i dyskusja nad pokazem preparatów.

Kurs chirurgji reparacyjnej i estetycznej odbędzie się w Paryżu w dniach od 14 do 21 października b. r. Kurs organizuje dr. Claoué. 39 rue Scheffer, Paris (XVI).

I. Kongres rumuński radjologji i elektrologji odbędzie się w listopadzie b. r. w Bukareszcie. Bliższe informacje: G. Giurea rue Stirbey Voda Nr. 108, Bukareszt.

XV. Międzynarodowa Konferencja Czerwonego Krzyża odbędzie się w dniach od 20 do 29 października b. r. w Tokjo.

Różne.

Ministerstwo Opieki Społecznej wydało pismo okólne z dnia 18 sierpnia 1934 r. Nr. Zn. 50/Z/27/1, w którem stwierdza, że stan sanitarny szkół w ciągu lat ostatnich nietylko się nie polepszył, ale uległ znacznemu pogorszeniu. W związku z tem przypomina o okólniku Min. W. R. i O. P. (Nr. 73 z dnia 29 maja 1934 r.). W szczególności zostało zarządzone, aby najdalej do końca roku bieżącego wszystkie budynki szkół powszechnych były poddane inspekcji sanitarnej przez lekarzy państwowej i samorządowej służby zdrowia.

We Wrocławiu otworzono ostatnio nowy instytut dla badań neurologicznych. Pozostaje on pod kierownictwem prof. Foerstera, a zbudowany został z darów, złożonych na ten cel przez amerykańskich uczniów i przyjaciół prof. Foerstera.

Władze skarbowe Wielkiej Brytanji wyznaczyły niedawno wysoki podatek od insuliny. Wskutek gwałtownej akcji w prasie podatek ten został zniesiony.

Wobec nadmiaru lekarzy w Rumunji i trudnego ich położenia, rząd rumuński zakazał absolutnie, by jakikolwiek lekarz zajmował dwie lub więcej posad.

W odpowiedzi na liczne zapytania antropologów zagranicznych, Instytut Północy zorganizował wyrób masek wszystkich 28 narodowości zamieszkujących kraje północne Związku Sowietów.

W Leningradzie przeprowadza się próby „szpitalnictwa domowego" ciężko chorych. Chory ma stałą opiekę pielęgniarską, dostateczne środki lecznicze i preparaty; lekarz odwiedza chorego 2—3 razy dziennie.

Komunikaty.

Dnia 1 października 1934 r. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny, organizowany w porozumieniu z Departamentem Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej IX Kurs Higjeny Publicznej. Na kurs przyjmowani są, poza kandydatami, delegowanymi przez władze państwowe i samorządowe również lekarze wolnopraktykujący, którzy zamierzają poświęcić się pracy administracyjnej i społecznej. Mogą być również przyjmowani lekarze, pragnący zapoznać się jedynie z poszczególnemi działami programu. Program kursu obejmuje działy następujące: I. Bakterjologja, nauka o odporności, serologja i zoologja lekarska; II. Epidemjologja i statystyka. Diagnostyka ostrych chorób zakaźnych; III. Inżynierja sanitarna; IV. Higjena żywienia; V. Higjena pracy; VI. Higjena społeczna i administracja sanitarna; VII. Medycyna i psychjatrja sądowa. — Kurs trwać będzie 6 miesięcy. Uczestnicy kursu po jego ukończeniu składają egzamin państwowy.

Podania o przyjęcie na kurs przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny — Warszawa, ul. Chocimska 24.

Sekcja Opieki Pozazakładowej Warszawskiego Towarzystwa Opieki nad psychicznie chorymi ogłasza niniejszem konkurs na pracę, któraby poglądowo zaznajamiała społeczeństwo z istotą chorób psychicznych, ich objawami i przebiegiem, w szczególności zaś uwzględniała opiekę pozazakładową: 1) praca może zawierać od jednego do trzech arkuszów druku; 2) zgłaszać pracę można do 1 stycznia 1935 roku; 3) pierwsza nagroda wynosi zł. 100, druga zł. 50; 4) praca nagrodzona staje się własnością Stacji Opieki Pozazakładowej. — Prace kierować należy: Warszawa, Plac Trzech Krzyży 8 m. 4, p. Podleski. Tamże należy zgłaszać się o informacje.

Zarząd Sekcji Szpitalnej Z. L. P. P. ogłasza niniejszem Konkurs na pracę naukową. Warunki konkursu: 1. O nagrodę mogą się ubiegać jedynie lekarze, stali pracownicy Państw. Szpitala Powszechnego we Lwowie i Kulparkowie, członkowie Z. L. P. P. Sekcji Szpitalnej. 2. Prace powinny być nadesłane najpóźniej do dnia 31. XII. 1934 do Zarządu Sekcji Z. L. P. P. Lwów, Państw. Szpital Powsz. w zamkniętej kopercie, opatrzonej nazewnątrz godłem i napisem „Praca Konkursowa". Praca musi być podpisana godłem, widniejącem na zewnętrznej powierzchni koperty. Prócz tego wewnątrz koperty podany musi być dokładny adres autora, imię i nazwisko. 3. Na konkurs mogą być nadesłane tylko takie prace, które dotychczas drukiem ogłoszone nie były. Również nie mogą to być prace, służące do uzyskania dyplomu Doktora wszech nauk lekarskich. 4. Prace te muszą być napisane pismem maszynowem, na jednej stronie arkusza z pozostawieniem marginesu. 5. Praca powinna być napisana poprawnym językiem polskim i musi być oryginalna. Musi być oparta na własnych spostrzeżeniach, względnie doświadczeniach, tyczących się profilaktyki, diagnostyki lub terapji albo też wszystkich tych dziedzin łącznie, bez względu na specjalność, z uwzględnieniem piśmiennictwa przedewszystkiem polskiego. 6. Wyniki konkursu będą podane do wiadomości w lutym 1935 na łamach Polskiej Gazety Lekarskiej. 7. Za najlepsze prace wyznacza się 3 nagrody w wysokości: nagroda I-sza zł 150, nagroda II-ga zł 100, nagroda II-cia zł 50. 8. W razie nieprzyznania nagrody żadnej z nadesłanych prac, Sąd Konkursowy zastrzega sobie prawo, albo ponownego ogłoszenia Konkursu, albo podziału wszystkich nagród na mniejsze części. Sąd Konkursowy składa się z Dyrektora Szpitala, Przedstawiciela Kółka naukowego przy Państwowym Szpitalu Powszechnym, 3-ch przedstawicieli Z. L. P. P. Sekcji Szpitalnej. Prócz tego uproszony będzie przedstawiciel tych specjalności, z zakresu których będą nadesłane prace. Zast. Przewodniczącego: *Dr. L. Exelbirt.* Sekretarz: *Dr. H. Kornellanka.*

Szkoła serologji Wydziału Lekarskiego U. Paryskiego urządza w czasie od 18 lutego do 16 marca 1935 r. kurs teoretyczny i praktyczny badania mikrobiologicznego i serologicznego chorób wenerycznych. Kurs prowadzą najwybitniejsi serologowie i dermatologowie paryscy. Warunkiem dopuszczenia na kurs dla lekarzy (także i obcokrajowych) jest odbycie wstępnej miesięcznej praktyki w szkole serologji lub w analogicznym instytucie, po zdaniu egzaminów otrzymuje się odpowiedni dyplom. Zgłoszenia do dnia 1 stycznia 1935 r. do dyrektora *Institut Alfred Fournier, 25 boulev. Saint-Jacques, Paris (XIV).*

Uniwersytet berneński (Szwajcarja) utworzył nagrodę w wysokości conajmniej 1000 fr. szw. za najlepszą pracę nad rozpoznaniem i leczeniem nagminnego zapalenia mózgu *(Encephalitis lethargica).* Zgłoszenia do dziekana Wydziału Lekarskiego w Bernie. Przyznawanie nagrody nastąpi z końcem każdego roku.

Redakcja otrzymała:

L. Regmunt-Sobieszczański: Przypadek dławicy piersiowej (angina pectoris) u młodocianego. Odb. z „Medycyny". Nr. 13. 1934 r.

Wl. Mikulowski: Kiła naczyniowo-sercowa z połowiczem porażeniem mózgowem u dziecka 3-letniego. Odbitka z „Medycyny Praktycznej". Nr. 1. 1934. Poznań.

Wł. Mikułowski: Praktische Bewertung der Ninnischen Experimental-Tuberkulose in der Kinderklinik. Odbitka z „Mschr. f. Kinderheilkunde". T. 60. Z. 4. 1934.

Sprawozdanie roczne Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Kraków 1934.

S. Flamm i L. Kroeber: Rezeptbuch der Planzenheilkunde. Hippokrates-Verlag. Stuttgart-Leipzig 1934.

Schizofrenje. Prace kliniki psychjatrycznej w Smoleńsku, kierownik: prof. N. P. Bruchanski. Nakładem Państwowego Instytutu Medycyny. Smoleńsk 1934.

Die Winde. — Die heilige Krankheit. 5 część „Dzieł Hippokratesa". Hippokrates-Verlag. Stuttgart 1934.

Die hippokratischen Lehrsetze. 14 część „Dzieł Hippokratesa". Hippokrates-Verlag. Stuttgart 1934.

VI. Rocznik Ubezpieczeń Społecznych w Polsce. Nakł. Izby Ubezp. Społ. Warszawa 1930.

M. Kacprzak: Współczesne poglądy na służbę zdrowia. Nakł. Min. Opieki Społ. Odb. z „Pracy i Opieki Społ." Warszawa 1934.

M. Kacprzak: Współczesne poglądy na choroby zakaźne. Odb. z „Pracy i Opieki Społ." R. 1933. Zeszyt 1.

M. Kacprzak: Współczesne poglądy na higjenę szkolną. Nakł. Państw. Szkoły Higjeny. Warszawa 1933.

M. Kacprzak: Badania nad rozrodczością w Polsce. Część II. Ankieta wśród lekarzy. Odb. z „Warsz. Czas. Lek." 1933.

M. Kacprzak: Z doświadczeń i rozważań. Warszawa 1934.

L'hygiène publique en Pologne. Pod redakcją M. Kacprzaka. Warszawa 1933.

St. Adamowiczowa, M. Kacprzak i T. Sporzyński: Synopsis chorób zakaźnych. Warszawa 1932.

F. Lust: Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. Urban u. Schwarzenberg. Berlin-Wien 1934.

M. Piéry et B. Le Bourdellès: La pratique de la collapsothérapie en phtisiologie. II. wydanie. Doin et Cie. Paris 1934.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20. -

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.